

L'ÉNUCLÉATION

OU

EXTIRPATION INTRAGLANDULAIRE

DU

GOITRE PARENCHYMEUX

PAR

le D^r **Samuel KESER** (Vevey)

Ancien médecin-assistant de la Clinique chirurgicale
à l'Université de Bâle
Médecin diplômé de la Confédération suisse.



PARIS

IMPRIMERIE SCHILLER

10 et 11, Faubourg Montmartre

—
1887

L'ÉNUCLÉATION

OU

EXTIRPATION INTRAGLANDULAIRE

DU

GOITRE PARENCHYMATEUX

PAR

SAMUEL KESER (Vevey)

Ancien médecin-assistant de la clinique chirurgicale à l'Université de Bâle,
Médecin diplômé de la Confédération suisse.



DISSERTATION INAUGURALE

Présentée à la Faculté de médecine de Bâle

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PARIS

IMPRIMERIE SCHILLER

10 ET 11, FAUBOURG MONTMARTRE

—
1887

Thèse acceptée par la Faculté sur la proposition
de M. le professeur docteur A. Socin.

Bâle, 1887.

A mon vénéré Maître

Monsieur le Professeur D^r A. SOCIN,

Directeur de la Clinique chirurgicale à l'Université de Bâle.

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE.

A mon frère

Monsieur le Docteur J. KESER,

Chirurgien de l'hôpital français de Londres.

TÉMOIGNAGE D'AFFECTION.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

La question de l'ablation du goître a passé, dans l'espace de peu d'années, par des phases bien diverses.

Le temps n'est pas encore si loin de nous où cette opération, vu les déplorables résultats obtenus, était considérée par les plus habiles chirurgiens comme trop dangereuse pour être autorisée, tandis qu'à l'heure qu'il est, grâce à la méthode antiseptique et aux perfectionnements apportés à la technique opératoire, elle est entrée dans le domaine des opérations courantes.

Je crois, en effet, n'être contredit par personne en envisageant d'emblée l'extirpation du goître, qu'il s'agisse d'un kyste ou d'une tumeur parenchymateuse, comme étant actuellement le seul mode de traitement vraiment rationnel et radical de cette affection, et en même temps celui qui, relativement, présente le moins de dangers.

Ce point fixé, nous nous dispenserons d'y revenir, et nous nous abstiendrons de discuter encore ici la valeur de cette opération, comparée à celle des autres procédés thérapeutiques employés, tels que : ponction ou incision des kystes, injections iodées, etc.

En revanche, la question toujours en litige, celle sur la-

quelle les opinions divergent encore assez sensiblement, est celle-ci :

De quelle manière faut-il pratiquer l'extirpation ?

Contribuer à l'étude et à l'éclaircissement de cette question, tel est le but qui m'a été proposé par M. le professeur Socin, en m'engageant à réunir et comparer les observations concernant les diverses opérations de goîtres pratiquées par lui à la clinique chirurgicale de Bâle, durant ces dix dernières années.

Qu'il me soit permis, à ce propos, de témoigner ici toute ma reconnaissance à M. le professeur Socin, qui a bien voulu mettre à ma disposition les matériaux nécessaires à ce travail, et me diriger par son expérience et ses précieux conseils.

Mes sincères remerciements aussi à MM. les docteurs C. Garrè et E. Burckhardt (à Bâle), pour les obligeantes communications qu'ils m'ont faites à diverses reprises concernant le sujet à traiter.

I. HISTORIQUE

Bibliographie.

- Baumgärtner.** Ueber Kropfexstirpationen. *Tageblatt*, n° 8 der 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Salzburg, 1881.
- Baumgärtner.** Zur Cachexia strumipriva. (v. *Langenbeck's Archiv. für klin. Chirurgie*, vol. XXXI, pag. 119.)
- Bégonne** (Anna). Ueber Gefäßversorgung der Kröpfe. (*Berner Dissertat.*, 1884.)
- Billroth.** (*Chirurg. Klinik.*, 1860-1876.)
- Bircher.** Der endemische Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und zum Cretinismus. Basel, 1883.
- Braun.** Beiträge zur Kenntniss der Struma maligna. (v. *Langenbeck's Archiv. für klin. Chirurgie*, 1882. Heft 2.)
- Bruns.** (*Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Tübingen*, 1 vol., pag. 80, 371-45, vol. II, pag. 77.)
- Bruns.** Ueber den gegenwärtigen Stand der Kropfbehandlung. (*Volkmann'sche Sammlung klin. Vorträge*, n° 244.)
- Burckhardt.** Ueber die Exstirpation der Kropfcysten. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1884, n° 43.)
- Clarsen.** Zur Casuistik der Kropfexstirpation (*Berliner Dissertat.*, 1885.)
- Falkson.** Zwei Fälle von Tetanie nach Kropfexstirpationen. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1881, n° 12.)
- Fuhr.** Die Exstirpation der Schilddrüse. (*Archiv. f. experiment. Pathol. u. Pharmacol.* Bd., XXI, pag. 387.)
- Garré.** Die intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1886, n° 45.)
- Garré.** Zur Frage der Kropfexstirpation mit Bemerkungen über « Cachexia strumipriva ». (*Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. Jahrgang XVI*, 1886.)
- Gurlt.** Ueber die Cystengeschwülste des Halses. Berlin, 1855.
- Guttmann und Eulenburg.** Die Pathologie des sympathicus.
- Herzen.** (*Revue Médicale de la Suisse romande*, VI, 1886, fasc. 9, pag. 593.)
- Higuet.** (*Centralblatt für Chirurgie*, 1884, pag. 14.)
- Julliard.** Trente-et-une extirpations de goitres. (*Revue de Chirurgie.* Paris, 1883.)
- Kocher.** (*Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte, Jahrgang XII*, (1882).)
- Kocher.** Ueber Kropfexstirpationen und ihre Folgen. (v. *Langenbeck's Archiv. für klin. Chirurgie*, 1883, Heft 2.)
- Kocher** Ueber die Behandlung der Compressionsstenosen der Trachea nach Kropfexcision. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1883, n° 41.)
- Kaufmann.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1883, vol. XVIII, Heft 3 u. 4.)
- Kottmann.** Amtlicher Bericht über die 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg 1883. (*Deutsche medicin. Wochenschrift.*, 1883, nos 40-41.)
- Liebrecht.** De l'excision du goitre parenchymateux. (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Belgique*, 3^e sér., t. XVII, n° 3.)
- Lombard.** Sur les fonctions du corps thyroïde d'après des documents récents. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1883, III, fasc. 11, pag. 593.)

- Lücke.** Die Krankheiten der Schilddrüse. (*Pitha-Billroth's Handbuch der Chirurgie*, t. III, 2 abth. B.)
- Lücke.** Ueber die Chirurgische Behandlung des Kropfes. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 7.)
- Maas.** Zur Frage der Asphyxie bei Struma. (*Breslauer aerztliche Zeitschrift*, 1880, n° 13.)
- Mikulicz.** Ueber die Resection des Kropfes. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1883, n° 51.)
- Porta.** Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea. Milano, 1849.
- Rehn.** (*Centralblatt für Chirurgie*, 1884, pag. 212.)
- Reverdin** (J. et Aug.) Note sur vingt-deux opérations de goîtres. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1883, nos 4-6.)
- Riedel.** Kropfexstirpation. Recurrenslähmung durch Carbollosung (*Centralbl. f. med. Wissenschaften*, 1882, n° 34.)
- Rose.** Der Kropftod und die Radicalcur der Kröpfe. (*v. Langenbeck's Archiv. für klin. Chirurgie*, XXII, pag. 1.)
- Rotter.** Die operative Behandlung des Kropfes. (*v. Langenbeck's Archiv. für klin. Chirurgie*, vol. XXXI, pag. 683.)
- Sanquirico et Canalis.** Expériences sur l'extirpation du corps thyroïde. (*Arch. ital. de biologie*, V, fasc. 3, 1884.)
- Schiff.** Résumé d'une série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1884, pag. 65 et 425.)
- Schmidt.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1884, n° 8.)
- Seitz** (J.). Der Kropftod durch Stimmbandlähmung. (*v. Langenbeck's Archiv. f. klin. Chirurgie*, vol. XXIX, 1883.)
- Sick.** Ueber die totale Exstirpation einer kröpfifigementarteten Schilddrüse und die Rückwirkung dieser Operation auf die Circulationsverhältnisse des Kopfes. (*Wurttemb. med. Correspondenzbl.*, 1867, n° 25.)
- Streckeisen.** Beiträge zur Morphologie der Schilddrüse. (*Basler Dissertat.*, 1886.)
- Süsskind.** Ueber die Exstirpation von Strumen. (*Tübingen*, 1877.)
- Szumann.** (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1884, pag. 29.)
- Vogt.** (*Mittheilungen aus der chirurg. Klinik. zu Greifswald*, 1884.)
- Wolff.** Zur Lehre vom Kropf. (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1885, n° 19.)
- Wölfler.** Zur Chirurgie des Kropfes. (*v. Langenbeck's Archiv. f. klin. Chirurgie*, 1879, vol. XVII.)
- Wölfler.** Weitere Beiträge zur chirurg. Behandlung der Kröpfe. (*Wiener med. Wochenschr.*, 1879, nos 27-31.)
- Wölfler.** Ueber die Entwicklung und Bau der Schilddrüse. Berlin, 1880.
- Wölfler.** Die Kropfexstirpationen an Hofrath Billroth's Klinik von 1877-81. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1882, n° 1.)
- Wölfler.** Ueber die Entwicklung und Bau des Kropfes. (*v. Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie*, vol., XXIX, 1883.)
- Wölfler.** (*Wiener med. Wochenschrift*, 1886. Juli.)

Si, jetant un coup d'œil sur la littérature qui concerne spécialement notre sujet, nous passons rapidement en revue les principales méthodes d'extirpation du goître recommandées jusqu'à ce jour, ce sont en première ligne les travaux et observations de *Billroth*, de *Rose* et de *Kocher* qu'il convient de citer à ce propos.

Partant du fait incontestable que le moyen le plus radical d'éliminer le goître et d'en prévenir les récidives était d'enlever en entier la glande thyroïde, l'on en vint bientôt, avec les auteurs précités, à pratiquer l'*extirpation totale* de cet organe et cela dans bien des cas où cette opération n'était peut-être pas indiquée d'une manière absolue. Nous trouvons dans les publications de *Kocher*, citées plus haut, des données très positives et précises concernant l'opération, en particulier sur la façon de procéder à la ligature des gros vaisseaux et sur les précautions à prendre pour éviter les lésions des nerfs récurrents, deux points importants et délicats.

La question paraissait résolue jusqu'au moment où les tristes observations, malheureusement trop nombreuses, de « *cachexie strumiprive* » consécutive à l'extirpation totale, vinrent mettre un terme à la vogue dont cette opération semblait devoir jouir, à tel point qu'aujourd'hui elle doit être rejetée et considérée comme une opération qui, au point de vue physiologique, n'est plus autorisée.

Nous sortirions du cadre de ce modeste travail si nous voulions parler des diverses théories émises sur les causes de cette cachexie opératoire ainsi que des nombreuses expériences physiologiques entreprises à ce sujet.

Nous nous bornerons à constater ici que, l'existence de la cachexie une fois démontrée avec évidence, la méthode opératoire fut modifiée dans le but de l'éviter et cela de manières diverses, suivant la théorie admise ou les faits observés par tel ou tel auteur.

L'expérience ayant bientôt montré que la cachexie strumiprive ou myxœdème opératoire (Reverdin) ne se produit pas dans les cas où une partie même minime de la glande thyroïde est respectée et laissée en place, on s'en tint dès lors en général aux extirpations partielles de la glande (*Bruns*). C'est aussi sur ce fait que repose la méthode de « résection du goître » pratiquée et recommandée par *Mikulicz*. Ce dernier opère, en somme, à la manière de *Kocher* avec ceci de particulier que, au moyen de ligatures en masses, il sépare du reste de la tumeur et laisse en place une petite portion de la glande thyroïde.

Baumgärtner, lui, considérant le myxœdème opératoire comme étant le résultat d'une lésion ou d'une névrite secondaire des nerfs récurrents, recommande pour éviter ces accidents de ne pas faire la ligature des gros troncs vasculaires, comme le pratique *Kocher*, mais de lier tous les vaisseaux sur le pourtour et dans le voisinage immédiat de la tumeur.

Wölfler, d'autre part, indique un procédé qui, à proprement parler, n'est pas à sa place ici où nous nous occupons essentiellement des méthodes d'extirpation; nous le citerons cependant. L'auteur propose de faire simplement la ligature des artères thyroïdiennes dans l'idée de provoquer ainsi la disparition du goître et d'éviter en même temps la cachexie; il cite un cas traité avec succès par cette méthode.

Nous en arriverions maintenant au mode opératoire de M. le professeur Socin, au procédé d'énucleation ou *extirpation intraglandulaire du goître*.

Hâtons-nous d'ajouter, afin d'éviter tout malentendu et toute réclamation, que nous n'avons point la prétention d'inaugurer sous ce titre une opération essentiellement nouvelle.

Nos recherches bibliographiques ultérieures nous ont, au contraire, donné la preuve que l'*extirpation intraglandulaire* de la clinique de Bâle avait déjà été pratiquée, en parfaite connaissance de cause, par des chirurgiens que nous citerons tout à l'heure.

Seulement, il est également juste d'ajouter que cette pratique était complètement tombée en désuétude et dans un oubli qu'elle ne méritait pas.

Elle avait cédé le pas à l'extirpation partielle ou totale de la glande thyroïde elle-même, opération qui a l'avantage d'une plus grande simplicité apparente et pour laquelle il est possible de régler d'avance tous les actes d'une manière typique.

En revoyant avec soin les descriptions des très nombreuses opérations de goîtres qui se sont pratiquées durant le cours des dernières années, il est évident que ce sont les procédés des trois auteurs nommés plus haut les premiers, qui sont généralement et presque exclusivement adoptés.

Mais si l'on va rechercher les descriptions datant du temps où l'opération du goître n'était pas encore entrée dans la pratique journalière, où au contraire elle était considérée comme un acte d'audace que les plus autorisés condamnaient, nous voyons que c'est l'extirpation du *goître lui-même* qui était le procédé d'élection.

Je citerai en premier lieu un travail de l'éminent professeur à l'Université de Pavie, le docteur *Luigi Porta*. Cet ouvrage, dont je dois la connaissance à l'obligeance de M. le docteur Kaufmann, de Zurich, est intitulé : *Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea*. (Milano, 1849.)

Nous y trouvons à la page 147 le passage suivant que je cite textuellement :

« *Metodo dell' autore.* — Convinto delle difficoltà e dei pericoli dell' isolamento della ghiandola tiroidea dalle parti che la circondano per la sua demolizione, io ho seguito un altro metodo che propongo, colla persuasione, che quando i chirurghi lo avranno sul mio esempio sperimentato, riconosceranno, la chirurgia operativa non essere, come è stata finora coi metodi attuali, un mezzo incerto e pericoloso nella cura radicale del gozzo, ma così efficace ed innocente da meritarsi la confidenza loro e dei pazienti.

» Nello studio della ghiandola tiroidea io ho fatto attenzione a due cose, che mi hanno soprattutto colpito. Primieramente, che le arterie s'inseriscono alle estremità di ciascun lobo, i loro tronchi si tengono verso i margini superiore, inferiore, esterno dei medesimi; e le grosse diramazioni, prima di penetrare il parenchima, d'ordinario si suddividono in una digitazione di rami minori; cosicchè, sebbene le tiroidee al di fuori sieno quattro arterie considerevoli, dentro il tessuto della ghiandola non presentano che diramazioni ed anastomosi di piccolo calibro; e quindi l'imbarazzo ed il pericolo di una grave emorragia per l'offesa di grossi vasi s'incontra appena quando vogliamo isolare l'esterno contorne del tumore. In secondo luogo, che la maggior parte dei broncoceli, come ho ampiamente spiegato di sopra, non procedono da una degenerazione del tessuto proprio, ma della genesi di uno o più tumori cistici o sarcomatosi benigni in grembo allo stesso parenchima della ghiandola; che questi tumori nella loro cresciuta finiscono ad invadere l'intero spazio ed a ridurre l'organo ad una semplice corteccia o matrice, tagliata la quale, si scoprono i nuovi prodotti e si possono cavar fuori con tutta facilità a foggia di tuberì, non ledendo che piccoli vasi e lasciando addietro un sacco carneo, il quale così evacuato cade sopra se stesso senza traccia superstite di tumore.»

Suivent les descriptions d'un certain nombre d'opérations à l'une desquelles nous empruntons encore ce qui suit : « Messo il paziente supino nel letto colla testa all' indietro ed il collo snudato, si fece un taglio semplice, longitudinale, di quattro dita traverse, sull'asse del tumore ed all' interno del muscolo sterno cleido-mastoideo, dividendo la pelle, il platisma, la fascia del collo ed il secondo ventre dell' omoplata-ioideo, che scorreva sopra e non si poteva rimuovere : un ramo anteriore dell' arteria tiroidea superiore reciso si torse. In seguito, collo stesso coltello convesso, inciso il tumore per tre dita tra-

verse parallelamente al taglio esterno e divisa una sottile corteccia del parenchima dell'organo, si scopri, si isolò e trasse fuori per intero una cistide coriacea, grosso un uovo di pollo, opaca et ripiena di limpida sierosità : quindi si disseppellirono ed estrassero l'uno dopo l'altro due sarcomi di minor volume ; ed il lobo gonfiato della ghiandola allora si ridusse ad una specie di guscio vuoto, il quale cadde sopra sè stesso. L'operazione a durato circa un quarto d'ora, colla perdita di quattro o cinque onces di sangue, e senza denudazione od offesa di alcun organo adiacente, tranne il ramo suddetto dell'arteria tiroidea superiore destra. » (Cette opération fut pratiquée au mois de juin 1840.)

Il est évident que ce procédé, pratiqué il y a bientôt cinquante ans, ressemble en tous points à celui que nous décrivons plus tard.

De plus, le professeur *Billroth*, dans ses « *Chirurgische Erfahrungen* (Zürich, 1860-1867) » dit, page 169 : « L'extirpation des tumeurs goitreuses (*Kropfgeschwülste*) est simple, elle doit cependant toujours être pratiquée avec de sérieuses précautions.

» Toute tumeur goitreuse est limitée par une capsule qui n'adhère au parenchyme glandulaire et aux parties environnantes que par un tissu cellulaire très lâche et par des vaisseaux ; l'incision doit être pratiquée jusque sur cette capsule et cela parfois au travers d'une couche de tissu thyroïdien ; si l'on n'a que peu d'expérience encore dans ce genre d'opération, il peut facilement arriver que, au lieu de dégager la tumeur goitreuse elle-même, on dénude l'enveloppe de la glande thyroïde tout entière, ce qui complique extrêmement l'opération et en augmente les dangers. »

Ce passage prouve également que *Billroth* opérait, il y a vingt-cinq ans, d'après le procédé que nous préconisons ; ce ne fut que plus tard que cet éminent chirurgien en vint à recommander l'extirpation partielle ou totale de la glande thyroïde elle-même.

Les auteurs, fort nombreux, qui depuis se sont occupés de la question, ne sont pas toujours aussi précis que ceux que nous venons de citer. Il est souvent difficile de se faire une idée claire du genre d'opération qu'ils ont exécuté.

Le mot *goître* (*struma*) est presque toujours employé comme synonyme de *corps thyroïde affecté de goître*, et l'expression *ablation du goître* comme synonyme de l'*ablation* (partielle ou totale) *du corps thyroïde*.

Il est possible et même probable que, dans beaucoup de

cas, le *goître*, c'est-à-dire pour nous la *tumeur goîtreuse sise dans un des lobes du corps thyroïde*, du reste sain, a été enlevé sans qu'on se soit rendu compte de la différence dont nous aimerions à faire ressortir l'importance.

Cette erreur peut surtout être commise lorsqu'il s'agit de goîtres de la partie médiane, tumeurs faciles à énucléer sans toucher au reste de la glande, parce qu'elles sont généralement très superficielles; tandis que la plupart des tumeurs siégeant dans un des lobes latéraux sont recouvertes d'une couche plus épaisse de tissu glandulaire; ici, pour la plupart des auteurs, « *arriver sur la tumeur* », c'est dénuder le lobe de la thyroïde; « *extirper la tumeur* », c'est enlever une des moitiés de la glande.

Le professeur *Kocher* propose lui-même de remplacer le mot peu euphonique de *thyroïdectomie* par celui de *strumectomie*, proposition qui n'est pas faite pour éviter la confusion dont nous parlons, confusion qu'il nous semble de toute urgence de ne plus commettre.

Nous ajouterons cependant que, pour une sorte spéciale de goîtres, pour les *kystes thyroïdiens*, l'énucléation claire et nette est un procédé déjà connu. Les docteurs *Julliard* et *Kottmann* (de Soleure) ont été les premiers à le décrire. Les docteurs *Burckhardt* (de Stuttgart) et *E. Müller* (de Tubingue) en ont fait le sujet de travaux spéciaux.

Quant à l'énucléation de *tumeurs solides* (abstraction faite des publications anciennes dont nous avons parlé), nous n'en trouvons que quatre cas rapportés par des auteurs plus récents.

Deux d'entre eux appartiennent aux docteurs *Reverdin* (loc. cit., observ. V et VII); ces auteurs sont les premiers qui considèrent nettement l'énucléation d'une tumeur solide comme une méthode opératoire spéciale, distincte de l'extirpation partielle ou totale du corps de la glande. Seulement, ils ne pensent pas que l'application en puisse être généralisée: d'une part, la difficulté ou l'incertitude de mener l'opération à bonne fin à cause d'adhérences trop intimes; d'autre part, la crainte d'une trop forte hémorrhagie, telles sont les raisons que les éminents chirurgiens genevois mettent à la charge de ce procédé; aussi ne fût-ce qu'incidemment, une fois « par mégarde » qu'ils en firent usage. Cependant, ils croient « *que cette méthode doit être étudiée dans ses résultats et dans ses indications* ».

Un troisième cas d'énucléation d'une tumeur solide est rapporté par *Wolff* (loc. cit., pag. 298).

Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'un goître et qui fut pris subitement d'accidents suffocatoires très graves. Trachéotomie d'urgence.

Le même jour, énucléation d'un noyau strumeux solide intéressant le lobe gauche et la moitié correspondante de l'isthme, sans autre incision que celle nécessitée par la trachéotomie. L'opération se fit sans difficulté.

Enfin, le quatrième et dernier cas dont nous ayons connaissance a été opéré par le professeur *Bruns* et relaté par le docteur *E. Muller*.

Dans l'observation VIII (loc. cit., vol. II, pag. 98), il s'agit de l'énucléation de trois petits kystes et d'un *noyau adénomateux solide*.

Après ce court aperçu historique, nous allons maintenant rappeler brièvement en quoi consiste le procédé d'extirpation intraglandulaire, faire part, en outre, de quelques données nouvelles à son sujet et décrire l'opération telle qu'elle est pratiquée par M. le professeur *Socin* à la clinique chirurgicale de Bâle.

II. PROCÉDÉ

Si j'insistais tout à l'heure sur les cas d'énucléation concernant des tumeurs parenchymateuses mentionnés dans la littérature, c'est que précisément le but principal de ce travail est de chercher à démontrer que cette méthode est susceptible d'être *généralisée*, c'est-à-dire que ce procédé, qui jusqu'ici n'a paru possible et praticable que pour les goîtres de nature essentiellement kystique, *est aussi applicable à la grande majorité des goîtres dits parenchymateux ou solides*.

La distinction entre goîtres kystiques et goîtres solides ou parenchymateux a été établie surtout dans un but pratique et thérapeutique, par le fait que les kystes peuvent être traités autrement (ponction, injections, incision), que les goîtres parenchymateux.

Mais, au point de vue pathologique, il n'existe pas de différence essentielle entre un kyste et une tumeur solide de la glande thyroïde, c'est-à-dire qu'il s'agit toujours, en définitive, d'une seule et même affection de cet organe.

En réalité, dans la majeure partie des cas, le kyste doit être considéré comme provenant d'une tumeur solide au début.

Il existe, en effet, entre le noyau adénomateux d'une part

et le kyste parfait d'autre part, une foule de formes intermédiaires mixtes, pour ne parler que des kystes multiloculaires.

L'enveloppe ou coque du kyste, d'épaisseur si variable, est toujours constituée par du tissu strumeux, lequel, il est vrai, dans le cours progressif du développement kystique, peut subir un certain degré de dégénérescence et prendre un caractère fibreux plus ou moins accentué.

Si ce que nous venons d'énoncer, concernant l'analogie des kystes et des goîtres solides, est vrai, ces deux variétés de tumeurs devront nécessairement offrir des rapports identiques avec la partie intéressée du corps thyroïde.

C'est aussi ce que nous prétendons. En effet, la plus grande majorité des goîtres solides nécessitant une intervention chirurgicale, se développent sous forme de tumeurs circonscrites englobées dans l'intérieur de la glande, et présentent sur tout leur pourtour une ligne de démarcation nette et constante, permettant de les séparer du tissu thyroïdien normal qui les enveloppe. C'est par ce fait que ces noyaux strumeux, de dimensions très variables, uniques ou multiples, et constituant à eux seuls la partie malade et dégénérée du corps thyroïde, sont *énucléables* exactement à la façon des kystes.

Cependant, à cette règle générale, nous ferons les trois exceptions suivantes :

1° La première comprend les cas d'hypertrophie diffuse de la glande thyroïde, intéressant ordinairement la totalité de l'organe. Mais ces cas sont, en général, susceptibles d'un traitement médical ou hygiénique (goître exophtalmique, par exemple).

2° La deuxième exception a trait aux tumeurs de la glande thyroïde de nature maligne (carcinômes et sarcômes), tumeurs qui, par leur mode particulier de développement et d'accroissement, présentent avec l'organe qu'elles ont envahi, des rapports tout différents de ceux propres aux tumeurs dites bénignes.

3° Enfin, il y a des cas de goîtres dans lesquels, à côté d'un ou de deux noyaux strumeux dont le développement exigerait une intervention chirurgicale, il existe une quantité de noyaux plus petits disséminés soit dans la coque des premiers, soit dans d'autres parties de la glande. Si l'on voulait s'en tenir à l'énucléation des tumeurs apparentes, il est fort probable qu'une récurrence ne tarderait pas à se produire par l'agrandissement ultérieur des nodules non énucléés. Si, au contraire, on tentait l'énucléation de toutes les tumeurs, on risquerait fort de prolonger outre mesure la durée et par-

tant les dangers de l'opération ; dans bien des cas, on se trouverait même forcé d'abandonner la partie, en raison de difficultés techniques insurmontables.

Il est évident qu'ici la multiplicité des noyaux rend illusoires les bienfaits de l'énucléation et qu'il faut en revenir à l'extirpation partielle ou totale de l'organe dégénéré.

Dans l'observation 57, par exemple, on ne crut avoir affaire qu'à 4 ou 5 noyaux de moyenne grandeur ; après leur énucléation on s'aperçut que la tumeur thyroïdienne n'avait pas sensiblement diminué de volume et qu'il devait exister encore dans la profondeur de l'organe d'autres noyaux plus petits, et en grand nombre, qu'il fallut abandonner pour ne pas courir les chances d'une extirpation totale.

Cette opération n'a atteint, par conséquent, qu'imparfaitement son but.

Pour être complets, signalons encore ici un point qui peut dans certains cas singulièrement entraver l'énucléation : nous voulons parler des adhérences accidentelles qui peuvent se former entre la tumeur et son enveloppe, dans le cours ou à la suite d'un processus inflammatoire. Ce dernier lui-même peut reconnaître des causes diverses ; souvent il est dû à une intervention thérapeutique (ponctions, injections parenchymateuses de teinture d'iode et autres), et alors les adhérences sont localisées aux points lésés ; nous y reviendrons tout à l'heure en nous occupant de l'opération.

Dans d'autres cas il s'agit d'une strumite diffuse, aiguë ou chronique, suppurée ou non suppurée, qui évolue en laissant des adhérences fibreuses excessivement étendues et résistantes. (Observat. 9.)

En dehors de ces exceptions, nous considérons l'énucléation comme la *méthode normale d'extirpation du goître*, le *procédé d'élection* et non pas, ainsi qu'on le croyait jusqu'ici, comme applicable seulement aux kystes et à certains cas exceptionnels de tumeurs solides.

Pour en revenir maintenant au procédé en lui-même, nous avons donc vu que les tumeurs strumeuses (kystes ou noyaux adénomateux solides) sont enveloppées de toutes parts par du tissu thyroïdien dont elles sont distinctes et isolables.

Nous croyons pouvoir affirmer que cette sorte de capsule ou enveloppe glandulaire existe toujours, mais qu'elle varie considérablement d'importance, c'est-à-dire d'épaisseur, suivant les cas.

Il est clair, en effet, que si la tumeur est un peu volumineuse ou si de prime abord elle s'est développée dans les

parties périphériques du corps thyroïde, la « capsule glandulaire » qui la recouvre doit se trouver fortement distendue et en être réduite à une mince membrane pouvant macroscopiquement passer inaperçue ou en imposer pour un feuillet de tissu conjonctif, alors qu'à l'aide du microscope on y trouve régulièrement les éléments caractéristiques du tissu glandulaire; c'est du moins ce que nous avons pu constater dans tous les cas examinés dans ce sens. Ceci nous donne l'explication toute naturelle des cas où le chirurgien arrive, pour ainsi dire « sans le vouloir », sur la tumeur elle-même qui, alors, se laisse énucléer avec la plus grande facilité.

En revanche, dans d'autres cas cette enveloppe glandulaire atteint une épaisseur beaucoup plus considérable pouvant aller jusqu'à 2 centimètres et plus; il est alors compréhensible que l'on puisse un moment hésiter à trancher ces tissus, d'ordinaire très richement vascularisés, si l'on n'est pas averti d'avance que la chose est praticable et cela sans danger.

C'est, en effet, cette capsule de tissu glandulaire qu'il s'agit d'inciser pour pratiquer l'énucléation, et il est absolument nécessaire, pour mener l'opération à bonne fin, d'arriver sûrement sur les parois propres de la tumeur et de ne pas se laisser égarer sur le pourtour ou dans l'épaisseur du tissu thyroïdien; c'est là le seul temps délicat et critique de l'opération.

Cependant, avec un peu d'expérience, on en arrive à formuler les règles suivantes :

L'incision sera portée de préférence sur la partie de la tumeur en apparence la plus superficielle, où la capsule glandulaire semblera la plus mince; en outre, on reconnaîtra généralement les parois propres de la tumeur à leur couleur d'un gris-bleuâtre, tranchant sur le rouge brun du tissu glandulaire. Enfin, il est important d'avoir égard à la disposition des vaisseaux; tant que le scalpel sectionne la coque glandulaire, il rencontre un très grand nombre de vaisseaux sanguins qui suivent, en général, une direction plus ou moins parallèle à la surface de la tumeur; ceux-ci, dès qu'on arrive sur les limites du goître, deviennent moins nombreux et prennent une direction perpendiculaire pour pénétrer dans les profondeurs de la tumeur.

Quant à l'hémorrhagie provenant de cette incision du tissu glandulaire, elle n'est pas de nature à devoir nous faire reculer, attendu qu'elle n'est pas du tout aussi considérable qu'on pourrait s'y attendre et que, grâce à une assistance intelligente, elle se laisse toujours rapidement et facilement maîtriser.

Une fois arrivés avec notre incision jusque sur les parois propres du goître, il s'agit d'extraire celui-ci de sa loge parenchymateuse. Dans la plus grande majorité des cas, la tumeur ne présente que des adhérences fort lâches avec son enveloppe glandulaire, de telle sorte qu'il est possible de la dégager et de l'extirper dans l'espace de quelques minutes et même de quelques secondes, simplement à l'aide des doigts, sans avoir recours à un instrument tranchant quelconque et sans hémorrhagie sérieuse.

Nous ferons cependant, à ce propos, une réserve concernant les cas où des ponctions et injections iodées ont été pratiquées antérieurement; dans ces cas-là il se produit, en général, à l'endroit lésé des adhérences plus ou moins intimes et étendues entre les parois de la tumeur et son enveloppe. En pratiquant l'opération, on risque alors, si par malheur l'incision tombe précisément sur la place où se trouvent ces adhérences, de ne pas rencontrer les limites de la tumeur et de considérer l'énucléation comme impossible, alors que, entreprise dès le début en un autre point du pourtour du goître, elle eût été parfaitement praticable. (Voir à ce sujet les observations 26, 41, 44 et 52.)

Lorsqu'on se trouve en présence de noyaux strumeux multiples, il arrive souvent qu'au moyen de la même incision du parenchyme thyroïdien, on puisse énucléer plusieurs tumeurs distinctes; dans d'autres cas, il sera nécessaire d'inciser la glande en deux endroits ou davantage.

Et maintenant, pour bien nous faire comprendre, nous allons décrire l'opération comme nous l'avons vu maintes fois pratiquer à la clinique chirurgicale de Bâle.

Les instruments sont désinfectés et conservés durant l'opération dans une solution d'acide phénique à 50 0; les éponges trempent dans une solution de sublimé à 10 00 qui sert aussi à la désinfection des mains et du champ d'opération.

L'incision cutanée, de longueur variable selon le volume de la tumeur, est pratiquée, suivant le siège de celle-ci, tantôt verticalement dans la ligne médiane, tantôt parallèlement au bord interne de l'un des muscles sterno-cleido-mastoidiens, tantôt enfin, d'après Kocher, sous forme d'angle. Les couches suivantes, musculaires et aponévrotiques, sont successivement tranchées soit entre deux pinces, soit sur la sonde cannelée; tous les vaisseaux visibles sont, avant d'être sectionnés, saisis entre deux pinces hémostatiques qui provisoirement restent en place. De cette façon on arrive sans hémorrhagie notable jusque sur la surface de la glande thyroïde.

Il s'agit maintenant de pénétrer hardiment dans le tissu glandulaire en évitant, autant que faire se peut, les grosses veines qui rampent à sa surface. Si cependant l'hémorrhagie devenait inquiétante, des pinces hémostatiques, appliquées parallèlement à l'incision et embrassant toute l'épaisseur des tissus divisés, en auront facilement raison.

Dès que, en se réglant sur les indications que nous donnions tout à l'heure, on reconnaît que le scalpel a mis à nu en un point quelconque les parois propres du goître, il faut, en s'aidant de la sonde cannelée, prolonger rapidement l'incision de façon à pouvoir y introduire l'index. Celui-ci reconnaît aussitôt la nature des rapports de la tumeur avec sa coque. Si les adhérences sont lâches, faciles à rompre, l'énucléation se fera sans autre forme de procès à l'aide des doigts seulement et l'opération sera terminée en moins de temps qu'il ne faut pour la décrire. L'hémorrhagie, qui au moment où la tumeur abandonne sa loge est souvent assez abondante, est facilement réduite par la compression au moyen d'une éponge.

Si, au contraire, le doigt explorateur ne pénètre que difficilement et non sans rompre de nombreuses veines entre la tumeur et son enveloppe parenchymateuse, il y a lieu d'agir avec plus de prudence; il faut n'avancer que pas à pas en ayant soin de saisir successivement tous les vaisseaux visibles qui pénètrent dans la tumeur avant de les rompre ou de les sectionner aux ciseaux. On arrivera ainsi à enlever lentement toute la tumeur sans perte de sang notable.

L'énucléation une fois achevée, il est nécessaire de donner tous ses soins à l'hémostase. Tous les points saignants, même les plus minimes, qui résistent à l'éponge, sont saisis et liés au catgut, jusqu'à ce que l'on ait obtenu une surface parfaitement sèche. Ce n'est qu'à ce prix que l'on se mettra sûrement à l'abri des hémorrhagies secondaires.

A plusieurs reprises durant l'opération la plaie est irriguée avec une solution de sublimé à 1 : 5000 et immédiatement avant d'être fermée, abondamment arrosée avec un lait d'oxyde de zinc à 1 0/0.

Un détail remarquable à noter est que, sur ces entrefaites, la poche thyroïdienne, débarrassée de son contenu, a sensiblement diminué de capacité, par l'affaissement et la turgescence de ses parois; cette circonstance favorise singulièrement l'occlusion complète de la plaie opératoire. Pour l'obtenir, on pratique une triple suture en surjet (catgut) : la première, la plus profonde, comprend le tissu thyroïdien lui-même et réunit aussi exactement que possible les parois de la poche dans laquelle,

préalablement, a été placé un drain; la seconde est posée sur les muscles qui ont été divisés, la troisième affronte les bords de la plaie cutanée.

Le pansement, légèrement compressif, actuellement employé, est celui de *Maas* : directement sur la plaie est appliquée une couche de gaze contenant 50 0/0 de sel de cuisine, 20 0/0 de glycérine et 5 0/00 de sublimé; ensuite viennent quelques compresses et une bande de la même étoffe, préparées de la même façon; enfin une couche de ouate au sublimé (5 0/00), fixée au moyen d'une bande apprêtée, termine le pansement.

Là-dessus, passant à nos observations, nous allons donner la description succincte de 59 opérations de goîtres, extirpations partielles et totales de la glande thyroïde et énucléations, pratiquées par le professeur *Socin* dans le courant de ces dix dernières années.

Il nous restera enfin à établir une courte comparaison des résultats obtenus par ces diverses méthodes opératoires et à faire part des conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.

III. OBSERVATIONS

Extirpations totales de la glande thyroïde

(5 cas : 5 femmes, 1 décès.)

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Marie Bader*, 56 ans, femme mariée, de Bâle-campagne, est affectée d'un goître depuis son enfance; accroissement lent mais constant de la tumeur. Depuis trois ans environ, dyspnée et accès de suffocation. Entrée à l'hôpital le 12 novembre 1880 : état général satisfaisant. Les deux lobes de la glande thyroïde sont considérablement hypertrophiés et constituent une tumeur en forme de cœur, de la grosseur d'une tête d'homme, descendant au-devant du sternum jusqu'au-dessous de l'apophyse xyphoïde. Sur sa surface, légèrement bosselée, courent des veines fortement dilatées; consistance élastique, nulle part de fluctuation; par places, on perçoit des pulsations distinctes. La peau qui recouvre la tumeur n'est nulle part adhérente à celle-ci; le larynx et la trachée suivent les mouvements que l'on imprime à la tumeur. Respiration bruyante; à l'examen laryngoscopique, on constate une parésie de la corde vocale droite. Le 30 novembre est pratiquée l'*extirpation totale de la glande thyroïde*. Incision de 20 centimètres dans la ligne médiane; cette incision, ne suffisant pas, est prolongée (15 c.) à partir de son extrémité supérieure à droite et à angle droit (┐). Tous les vaisseaux visibles sont, avant d'être sectionnés, saisis entre deux pinces hémostatiques et liés; en procédant de cette manière, le lobe droit est mis à nu sans hémorrhagie notable. Tout

à coup, tandis que l'on est occupé à dégager le lobe gauche, une veine fortement distendue située dans la ligne médiane se déchire et l'on ne parvient pas à la lier, la déchirure de ses parois excessivement minces s'agrandissant toujours à chaque tentative faite pour la saisir avec une pince.

L'hémorrhagie abondante est arrêtée provisoirement par une compression énergique au moyen d'éponges et l'opération continue; les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures des deux côtés sont d'abord isolées, puis liées; le nerf récurrent droit, mis à nu, est soigneusement respecté, celui du côté gauche n'est pas visible dans le champ d'opération. La tumeur ne tient plus que par une sorte de pédicule avec le larynx, mais cette adhérence est si intime qu'elle doit être tranchée avec le bistouri. Les anneaux de la trachée, dénudée dans presque tout son pourtour, semblent avoir conservé leur consistance normale. Le total des ligatures se monte à 170. Désinfection à l'acide phénique (5 0/0), drainage; 23 points de suture cutanés (soie); pansement de Lister.

L'opérée est très pâle; pouls petit, mou (100). Cependant, la patiente prend sans s'étancher un peu de vin chaud et réagit quand on l'appelle. Transfusion de 100 centimètres cubes de sang humain défibriné; aussitôt après collapsus. La plaie est en partie rouverte pour pratiquer la cricotomy; introduction d'une canule, respiration artificielle. La malade ne se ranime pas et meurt une demi-heure après l'opération.

A l'autopsie, M. le professeur docteur M. Roth dicte le diagnostic anatomique suivant : Anémie générale, suite d'extirpation de goitre; aplatissement latéral de la trachée. Endocardite chronique des valvules aortiques et mitrales. Kystes de la rate et des ligaments larges.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Marie Buhlmann*, 40 ans, cuisinière, Lucerne, est affectée depuis son enfance d'un goitre à croissance lente mais continue. Depuis environ sept ans, dyspnée et respiration bruyante dès que la malade exécute un travail un peu pénible et la nuit dans le décubitus dorsal, symptômes qui, dans les derniers temps, s'accroissent toujours davantage. Le 10 octobre 1882, la patiente est admise à l'hôpital : c'est une personne un peu hystérique à l'air encore assez robuste. Goitre volumineux, consistant en trois tumeurs contiguës, distinctes les unes des autres; la plus petite, médiane, est de la grosseur d'un œuf d'oie; celle de droite a le volume d'une grosse pomme; enfin celle de gauche atteint les dimensions d'une tête d'enfant; cette dernière présente par places une fluctuation évidente provenant de petits kystes multiples, dont la ponction n'amène qu'une diminution minime et passagère du volume de la tumeur.

La plus grande circonférence du cou mesure 55 centimètres; voix rauque, souffle trachéal très prononcé. L'examen laryngoscopique fait voir une déviation de tout le larynx à gauche et une parésie de la corde vocale du même côté.

Le 20 novembre : *extirpation totale de la glande thyroïde*. Incision cutanée de 15 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche; ligature de la veine jugulaire externe; section du muscle omo-hyoïdien. Les trois tumeurs sont successivement mises à nu

en commençant par celle de gauche; des adhérences fibreuses multiples et fortement vascularisées compliquent l'opération. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures des deux côtés; en tout, 77 ligatures. Le larynx et une bonne partie de la trachée se trouvent, après l'extirpation de la tumeur, complètement dénudés.

Désinfection à l'acide phénique (5 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement de Lister.

La tumeur se compose de tissu glandulaire atteint de dégénérescence colloïde et laisse voir sur sa coupe plusieurs petits kystes à parois en partie calcifiées; seule la partie supérieure du lobe droit présente encore la structure normale de la glande thyroïde. La pièce n'a pas été conservée.

Durant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, températures sous-fébriles le soir. Réunion de la plaie par première intention. Sortie de l'hôpital trois semaines après l'opération; circonférence du cou, 37 centimètres.

Il m'a été impossible de revoir cette patiente; j'ai seulement pu apprendre qu'en 1884 elle était encore en place et bien portante.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Catherine Leubin*, 26 ans, ouvrière de fabrique, Baden, fut admise pour la première fois en 1874 dans le service de chirurgie, où elle subit l'opération de la trachéotomie nécessitée par une sténose trachéale aiguë provenant d'un petit goitre plongeant sous-sternal. Au bout de neuf mois seulement la canule put être enlevée définitivement et l'année suivante se passa sans accidents. Durant les années 1876 et 1877, les accès de suffocation se présentèrent à nouveau et la patiente fut alors traitée par des injections parenchymateuses de teinture d'iode qui n'amenèrent qu'une amélioration passagère. Le lobe droit de la glande thyroïde est fortement hypertrophié et constitue une tumeur dure, peu mobile, de la grosseur d'une pomme.

Au mois de juillet 1880 : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. L'opération est assez difficile, vu les nombreuses adhérences provenant des injections iodées pratiquées précédemment. Guérison par première intention; lorsque la malade quitte l'hôpital, la respiration est parfaitement libre.

Peu de temps après cependant, la jeune fille découvrit de nouveau, un peu à droite de la ligne médiane, une petite tumeur qui, dans les derniers temps, augmenta rapidement de volume; avec elle reparaissent la gêne respiratoire et les accès de suffocation, surtout durant la nuit.

Entrée à l'hôpital le 29 juin 1882; jeune fille maigre, très anémique. Un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur bien circonscrite, dure, de la grosseur d'une pomme et intimement adhérente à la trachée. Forte dyspnée, respiration bruyante.

Examen laryngoscopique : la glotte est oblique de gauche en avant à droite en arrière; parésie de la corde vocale gauche.

Le 31 juillet 1882 : *extirpation totale des restes de la glande thyroïde*, c'est-à-dire de l'isthme qui essentiellement constitue la tumeur

actuelle et du lobe gauche hypertrophié lui aussi. Au moment où l'on est occupé à séparer l'isthme de la trachée, l'opérée tombe en syncope, la respiration s'arrête et le pouls disparaît; dilatation considérable des pupilles. Trachéotomie et respiration artificielle. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que l'opérée se ranime. En examinant attentivement la trachée, on voit que celle-ci a été fortement comprimée par la tumeur; elle présente la forme de fourreau de sabre et plusieurs de ses anneaux cartilagineux sont sensiblement ramollis. L'opération dura deux heures et demie et nécessita l'application de 100 ligatures.

Désinfection à l'acide phénique (3 0/0), drainage, suture cutanée au catgut. A la place d'une canule, on introduit dans la trachée un long tube en caoutchouc qui traverse le pansement (Lister). A part de légères douleurs pendant la déglutition, les suites de l'opération furent des plus simples. Le sixième jour, le pansement est enlevé et la plaie est déjà réunie; le tube en caoutchouc est aussi enlevé.

Pansement à la ouate salicylée; sortie de l'hôpital quatre semaines après l'opération : plaie complètement cicatrisée, respiration parfaitement libre.

J'ai revu l'opérée le 30 octobre 1886 et crois que nous avons affaire chez elle à une *forme fruste, incomplète de cachexie strumiprive ou myxœdème opératoire* (Reverdin).

Le cou est élancé et maigre, relativement peu altéré dans sa forme malgré une dépression assez marquée entre les deux muscles sterno-cléido-mastôidiens; aucun reste palpable de la glande thyroïde; cicatrices légèrement hypertrophiques, points de suture fortement marqués. A l'examen laryngoscopique on constate une déviation de la glotte de gauche en avant à droite en arrière; en outre, paralysie complète de la corde vocale gauche. La voix est rauque, en revanche les troubles respiratoires ont complètement disparu depuis la dernière opération.

La peau ne présente rien d'anormal; d'autre part, la patiente se plaint d'une chute abondante des cheveux; ceux-ci, en effet, sont fort clairsemés et secs, tandis qu'une photographie prise bientôt après la première opération permet de constater une chevelure luxuriante. Léger œdème des paupières supérieures; notre opérée prétend en outre avoir de temps en temps le visage et les mains enflés. Quant à l'expression de la figure elle ne s'est guère modifiée depuis l'opération, c'est celle d'une personne un peu bornée. C'est surtout en ce qui concerne la mémoire que nous constatons une altération marquée; la personne est devenue extrêmement oublieuse et distraite, fait confirmé par son entourage; elle prétend aussi que sa vue a sensiblement baissé et que la parole est devenue difficile, la langue lourde.

L'anémie prononcée dont souffre la malade ne peut être attribuée aux suites de l'opération, attendu qu'elle existait déjà auparavant, ainsi que maux de tête fréquents, vertiges, grande sensibilité au froid.

Urines normales. Règles peu abondantes et à longs intervalles.

QUATRIÈME OBSERVATION. — *Marianne Meyer*, 62 ans, ouvrière de fabrique, Argovie. Goutte datant de l'enfance. Accroissement lent de la tumeur, jamais de gêne respiratoire. Entrée à l'hôpital le 6 mai 1884 :

à la région antérieure du cou, une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'enfant, bien circonscrite, à surface lisse, et assez mobile. A l'examen laryngoscopique, rien d'anormal. Le 12 mai : *extirpation totale de la glande thyroïde*. Incision angulaire de 19 centim. de longueur, d'après Kocher.

Adhérences vasculaires nombreuses.

Ligature des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures et des veines correspondantes des deux côtés ; le nerf récurrent gauche est en partie mis à nu et soigneusement respecté. Trachée fortement aplatie dans le sens latéral. 40 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée est de consistance dure, à surface lisse parcourue de nombreuses veines ; la coupe montre une hyperplasie du parenchyme glandulaire avec légère dégénérescence colloïde ; dans le lobe gauche un kyste de la grosseur d'une noix.

Guérisson par première intention en 17 jours.

L'opérée, que j'ai revue le 30 octobre 1886, ne présente aucun des symptômes caractéristiques du myxoedème opératoire.

Cicatrice parfaitement linéaire, à peine visible, très souple et nulle part adhérente aux tissus sous-jacents. En revanche, la forme du cou est considérablement altérée ; entre les deux bords internes saillants des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, une forte dépression dans laquelle on logerait facilement un œuf d'oie ; au fond de celle-ci la trachée, située immédiatement sous la peau et présentant une légère courbure à convexité gauche. On ne sent aucun reste de la glande thyroïde.

La patiente prétend être souvent enrouée à dater de l'opération ; cependant l'examen laryngoscopique ne laisse rien voir d'anormal.

Respiration toujours facile.

En revoyant la pièce anatomique conservée, il est facile de se convaincre que les 5/6^e du corps thyroïde extirpé constituent une tumeur bien circonscrite, facilement énucléable et recouverte d'une coque glandulaire dont l'épaisseur varie de 1-10 millimètres.

La paroi postérieure de la coque recèle un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, à parois en partie calcifiées, et qu'à la rigueur on aurait pu énucléer aussi. En outre, le lobe gauche est occupé par un kyste à parois très épaisses, de la grosseur d'une noix, dont l'énucléation isolée n'aurait présenté aucune difficulté.

CINQUIÈME OBSERVATION. — *Ursule Birrer*, 31 ans, domestique, Lucerne, est affectée d'un goître depuis 18 ans. La tumeur a toujours augmenté de volume, surtout durant les deux dernières années ; depuis un an, troubles respiratoires.

Entrée à l'hôpital le 25 octobre 1884 ; sujet assez stupide, présentant un goître de forme sphérique, de la grosseur d'une tête d'enfant et de consistance élastique ; sur le côté gauche de la tumeur, fluctuation évidente.

Voix non altérée ; tout travail corporel un peu violent rend la respiration pénible.

Le 14 novembre : *extirpation totale de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 15 centimètres de longueur. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures des deux côtés. La tumeur présente une union très intime avec la trachée qui se trouve fortement comprimée dans le sens latéral. 18 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drain résorbable; suture musculaire et cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur se compose essentiellement d'un kyste uniloculaire, à parois épaisses, contenant un liquide brunâtre, épais, riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention en 18 jours. Il m'a été impossible de retrouver les traces de cette opérée.

L'examen ultérieur de la tumeur conservée fait voir que le kyste principal n'aurait pas été difficile à énucléer. Mais le reste du corps thyroïde et la partie postérieure de la coque même du kyste renferment une quantité considérable de noyaux et de nodules strumeux qu'il aurait été impossible d'enlever séparément.

Extirpations partielles de la glande thyroïde.

(17 cas : 2 hommes, 15 femmes).

SIXIÈME OBSERVATION. — *Balbine Jehle*, 34 ans, domestique, Baden, souffre depuis 20 ans d'un goitre à croissance très lente, et déjà traité sans succès par des injections iodées parenchymateuses. Depuis environ 6 mois, gêne respiratoire.

A l'admission à l'hôpital on constate une tumeur de la grosseur du poing, développée aux dépens du lobe droit, assez mobile et repoussant la trachée à gauche.

La respiration est pénible et bruyante; voix rauque. L'examen laryngoscopique fait voir une déviation de la glotte de gauche en avant à droite en arrière; en outre, parèse de la corde vocale droite.

Le 16 novembre 1881 : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*.

Incision de 18 centimètres le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit.

Section du muscle omo-hyoïdien. La tumeur est d'abord dégagée par sa partie supérieure; chaque adhérence de la tumeur avec les tissus environnants est, avant d'être sectionnée, saisie entre deux pinces hémostatiques et liée.

Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure; cette dernière est, avant l'application de la ligature, soigneusement isolée; le nerf récurrent n'apparaît pas dans le champ d'opération. En fin de compte, la tumeur ne tient plus avec la trachée que par un pédicule de tissu glandulaire de l'épaisseur du pouce; ce pédicule est d'abord lié en deux portions, puis sectionné au bistouri. En tout 40 ligatures (catgut). Le lobe gauche de la glande, qui paraît sain, est laissé en place. Hémorrha-

gie peu abondante. Désinfection à l'acide phénique (3 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement de Lister.

La tumeur pèse 178 grammes et présente sur sa coupe une hyperplasie du parenchyme glandulaire avec un commencement de dégénérescence colloïde.

Durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, températures fébriles le soir (jusqu'à 39°1). Le drain est enlevé le quatrième jour et le pansement renouvelé.

Guérison par première intention en 8 jours, cicatrice parfaitement linéaire.

La patiente est encore légèrement enrouée, comme avant l'opération; l'examen laryngoscopique ne dénote rien de nouveau; pas de catarrhe du larynx.

Notre opérée est partie il y a quelques mois pour l'Amérique; au dire de ses anciens maîtres, elle était à ce moment-là parfaitement bien portante et fort satisfaite du résultat de l'opération.

Examen ultérieur de la tumeur : noyau unique, entouré d'une coque glandulaire et facilement énucléable.

SEPTIÈME OBSERVATION. — *Anna-Marie Wirtli*, 58 ans, campagnarde, Argovie, est affectée d'un goître depuis l'âge de 10 ans; accroissement assez rapide de la tumeur durant la dernière année. Entrée à l'hôpital le 11 mai 1883 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur sphérique, de la grosseur d'une tête d'enfant, assez dure, à limites franches et surface légèrement bosselée. Le larynx et la trachée sont fortement repoussés à gauche par la tumeur et ont subi une torsion autour de leur axe vertical, de telle sorte que les cordes vocales présentent une direction oblique de droite en avant à gauche en arrière; pas de paralysie de ces dernières, voix normale.

Le 16 mai : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision de 22 centimètres le long du bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures, ainsi que d'un grand nombre de veines fortement distendues. L'isthme est lié en deux portions et tranché au thermocautère. Résection d'un lambeau de peau de 6 centimètres de large et 16 centimètres de long. Désinfection à l'oxyde de zinc (1/2 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Caractères de la tumeur : trois noyaux distincts. Le principal, de la grosseur d'une tête de nouveau-né, est constitué par du tissu glandulaire hypertrophié, très vasculaire, en majeure partie colloïde, parsemé d'un grand nombre de petits kystes à contenu gélatineux sanguinolent; dans les parois quelques dépôts calcaires. Les deux autres noyaux accolés au premier sont de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'aspect homogène sur la coupe; l'un d'eux presque complètement calcifié.

Guérison par première intention en 14 jours.

J'ai revu l'opérée le 9 novembre 1886 : cicatrice linéaire, à peine visible et souple. Le cou, par suite du manque total du lobe droit de la

glande thyroïde, est très notablement altéré dans sa forme, maigre et décharné; le muscle sterno-cleido-mastoidien droit se présente sous forme de cordon faisant fortement saillie sous la peau. Le lobe gauche, légèrement hypertrophié, n'a ni augmenté ni diminué de volume depuis l'opération. La patiente prétend être souvent enrôlée; respiration toujours facile.

Aucun symptôme de cachexie.

Un examen ultérieur de la pièce conservée fait voir que les trois noyaux dont se compose la tumeur sont parfaitement distincts les uns des autres, chacun dans une loge à part formée par du tissu thyroïdien atrophie qui ne présente avec les tumeurs que des adhérences lâches et faciles à rompre. Il devient évident qu'en incisant à deux reprises le tissu thyroïdien lui-même, on aurait pu pratiquer l'énucléation isolée des trois noyaux.

HUITIÈME OBSERVATION. — *Wilhelm Bauhofer*, 20 ans, campagnard, Argovie, souffre depuis 10 ans d'un goitre à croissance lente; depuis quelque temps gêne respiratoire.

Entrée à l'hôpital le 19 mai 1883 : robuste jeune homme. Un peu à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessus du sternum, une tumeur de la grosseur du poing, bien circonscrite, à surface unie et de consistance élastique. Larynx et trachée suivent les mouvements imprimés à la tumeur. Légère sténose trachéale, voix normale. Examen laryngoscopique négatif.

Le 24 mai : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision à peu près parallèle au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoidien droit. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent droit, mis à nu sur un assez grand parcours, est soigneusement respecté. En tout 57 ligatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (1/2 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur est de nature parenchymateuse et présente sur sa coupe plusieurs petits kystes à contenu colloïde. Un examen attentif de la préparation conservée fait voir que le goitre est composé de trois noyaux solides distincts qu'il eût été possible d'énucléer séparément.

À part la formation d'un petit abcès sous la cicatrice, accompagné durant quelques jours de températures fébriles, les suites de l'opération furent des plus simples.

Sortie de l'hôpital le 14 juin : cicatrice linéaire, voix normale.

J'ai revu l'opéré le 19 décembre 1886 : cicatrice hypertrophique et irrégulière à son extrémité inférieure, à peu près linéaire dans le reste de son étendue. Légèrement à droite de la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, très mobile et de consistance ferme; le patient l'a déjà remarquée peu de temps après l'opération et prétend que, depuis, elle n'a pas augmenté de volume. La forme du cou n'est pas très fortement altérée. Voix normale. Respiration toujours facile.

Aucun symptôme de cachexie.

NEUVIÈME OBSERVATION. — *Caroline Frei*, 29 ans, Soleure, possède

un goître depuis 17 ans. L'emploi d'injections iodées et de diverses pommades demeura sans effet. Depuis huit jours, accroissement rapide et douloureux de la tumeur, accompagné d'une gêne de la déglutition et de la respiration.

Entrée à l'hôpital le 15 août 1883 : à la région latérale droite du cou, une tumeur sphérique de la grosseur du poing, bien circonscrite, douloureuse à la pression et de consistance pâteuse; la peau qui la recouvre est légèrement rougie. La tumeur, assez mobile, comprime fortement la trachée qui présente une courbure notable à convexité tournée à gauche. Respiration bruyante et accélérée, freq. : 36; mouvements de déglutition douloureux; examen laryngoscopique négatif. Températures sous-fébriles; pouls, 100. Applications de glace; au bout de deux jours, les douleurs et la tuméfaction ont sensiblement diminué.

Le 17 août : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures. L'isthme, avant d'être sectionné, est lié en trois portions. Désinfection à l'oxyde de zinc (1/2 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

En pratiquant une coupe de la tumeur, il s'en écoule une quantité notable de sang coagulé provenant d'une hémorrhagie intra-parenchymateuse datant de quelques jours tout au plus.

Guérison de la plaie par première intention en 14 jours. En revanche, il y a paralysie complète de la corde vocale droite.

Malheureusement, je n'ai pu retrouver cette opérée.

Révision de la pièce anatomique conservée : ici encore la tumeur est constituée par un noyau bien circonscrit, mais adhérent intimement à sa coque, de sorte que son énucléation isolée, sans être impossible, aurait offert des difficultés que nous sommes disposés à mettre sur le compte de la poussée inflammatoire survenue quelques jours avant l'opération. En revanche, un second petit noyau de la grosseur d'un pois aurait été facilement énucléable.

DIXIÈME OBSERVATION. — *Caroline Wenger*, 47 ans, domestique, Bâle-campagne, est affectée d'un goître depuis environ 25 ans. La malade prétend avoir souffert dès le début d'une certaine gêne dans la déglutition. Augmentation lente mais continue du volume de la tumeur; emploi de pommade à l'iodure de potassium resté sans effet.

Entrée à l'hôpital le 30 octobre 1883 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, à surface bosselée, disparaissant en partie derrière le sternum et présentant par places une fluctuation évidente. Respiration bruyante dans le décubitus dorsal; à l'examen laryngoscopique, on constate une légère parésie de la corde vocale droite.

Le 7 novembre : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision de 15 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. Adhérences vasculaires nombreuses. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures. En tout 74 li-

gatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (1/2 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le centre de la tumeur extirpée est occupé par un kyste de la grosseur d'un gros œuf à parois résistantes, en partie calcifiées, à contenu mi-liquide mi-solide; le liquide est un sérum fortement mélangé de sang; les masses solides sont formées en partie de caillots fibrineux stratifiés adhérents aux parois, en partie par une substance gélatineuse, friable, contenant des plaques calcaires faisant masse avec les parois. Ce kyste central est entouré d'une demi-douzaine de noyaux plus petits, adénomateux; deux d'entre eux en train de dégénérescence kystique. Quoique la coupe de chacune de ces tumeurs fasse reconnaître des limites bien franches, elles sont cependant si adhérentes au tissu fibreux qui les entoure que leur énucléation n'eut pas été possible.

Guérison de la plaie par première intention en 19 jours.

J'ai revu l'opérée le 4 novembre 1886 : cicatrice linéaire, souple et mobile; en revanche, la forme du cou à droite est très visiblement altérée, le muscle sterno-cleido-mastoïdien fortement saillant; le lobe gauche de la glande thyroïde est demeuré stationnaire depuis l'opération. Voix normale et troubles respiratoires entièrement disparus.

Pas trace de cachexie.

ONZIÈME OBSERVATION. — *Marie Meyer*, 26 ans, ouvrière de fabrique, Argovie, souffre d'un goitre depuis 8 ans. Accroissement lent mais constant de la tumeur, malgré l'emploi répété d'injections iodées parenchymateuses.

Entrée à l'hôpital le 5 novembre 1883 : on constate dans la région antéro-latérale droite du cou une tumeur atteignant presque les dimensions d'une tête d'enfant, à limites mal définies du côté de la ligne médiane, à surface lisse et de consistance assez dure; cette tumeur, qui est mobile, déplace la trachée à gauche de la ligne médiane; l'artère carotide primitive droite est fortement repoussée en arrière. Quand la patiente fait une inspiration profonde, on perçoit un souffle trachéal prononcé.

L'examen laryngoscopique dénote une rougeur diffuse de la muqueuse du larynx et une paralysie complète de la corde vocale droite. Voix rauque. Températures légèrement fébriles. A la suite d'applications de glace, la tumeur diminue un peu de volume et la température rentre dans la normale.

Le 16 novembre : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde.*

Incision angulaire (Kocher) allant du sternum au cartilage thyroïde en suivant la ligne médiane, et de là obliquement à droite jusqu'à deux larges doigts de l'apophyse mastoïde. La tumeur se laisse dégager sans grandes difficultés; ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure; l'isthme est lié en deux portions et tranché au bistouri. 42 ligatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (1/2 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur présente une coupe de couleur brun-rouge, marmorée, luisante et riche en tissu fibreux.

Guérison par première intention en 14 jours.

La paralysie de la corde vocale droite persiste.

L'opérée, que j'ai revue le 15 novembre 1886, assure que, trois mois après l'opération, l'enrouement avait disparu ; la voix est, en effet, en ce moment normale. Cicatrice linéaire, souple et peu visible ; le lobe gauche de la glande thyroïde, légèrement hypertrophié, n'a ni augmenté ni diminué de volume depuis l'opération. En revanche, je constate sous le muscle sterno-cleido-mastoldien droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, assez dure, à surface lisse, peu mobile et augmentant assez rapidement de volume au dire de la patiente ; cette tumeur date d'une année. Evidemment, nous avons ici une récurrence développée sans doute aux dépens d'une portion du lobe droit laissée en place par mégarde lors de l'opération.

L'opérée, en outre, a déjà à trois reprises craché du sang : infiltration assez avancée du sommet droit, souffle bronchique. Légère accélération de la respiration. Au niveau de la synchondrose sacro-iliaque droite, une tuméfaction diffuse et douloureuse à la pression ; pas de fluctuation, peau normale ; il s'agit là très probablement d'une ostéite tuberculeuse au début.

DOUZIÈME OBSERVATION. — *Elise Stirnimann*, 15 ans, Argovie, souffre d'un goître qui, depuis deux ans et demi, occasionne des troubles respiratoires ; dans les derniers temps surtout, survinrent des accès de dyspnée fort pénibles, durant souvent deux heures entières et se répétant plusieurs fois par jour. A la suite de ponctions et d'injections iodées répétées, l'état de la malade s'améliora et la tumeur diminua sensiblement de volume. L'été dernier, cependant, la gêne respiratoire survint de nouveau ; le même traitement fut institué, et les accidents sus-mentionnés disparurent jusqu'à hier soir, où la malade fut de nouveau atteinte d'un accès de dyspnée violent.

Entrée à l'hôpital le 3 décembre 1883 : à la partie antéro-latérale droite du cou, une tumeur bien circonscrite, de la grosseur d'un œuf de poule et assez mobile. A l'examen laryngoscopique, on constate une parésie de la corde vocale droite ; en outre, la paroi de la trachée du côté droit fait assez fortement saillie à l'intérieur ; bruit de sténose prononcé.

Le 12 janvier 1884 : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) allant, en suivant la ligne médiane, du sternum au cartilage cricoïde, et de là obliquement à droite jusqu'au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoldien. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent, en partie englobé dans la tumeur, est dégagé avec précaution et respecté.

Perte de sang insignifiante. 27 ligatures.

Désinfection à l'oxyde de zinc (2 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur se compose de 3 noyaux adénomateux distincts, de consis-

tance molle et de grosseur variant entre celle d'une cerise et celle d'une noix; l'un d'eux présente un petit kyste en son milieu.

Guérison par première intention en 17 jours.

J'ai revu l'opérée le 14 novembre 1886 : cicatrice légèrement hypertrophique dans son quart inférieur, à part cela linéaire et souple. La forme du cou dans ce cas-ci n'est pas notablement altérée du côté opéré; en revanche, le lobe gauche constitue une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, assez dure, à surface lisse et peu mobile; la patiente prétend que cette tumeur n'augmente plus de volume, mais elle n'existait pas au moment de l'opération. La voix est normale et les troubles respiratoires ont entièrement disparu. Aucun symptôme de cachexie.

TREIZIÈME OBSERVATION. — *Elise Urech*, 27 ans, couturière, Argovie, possédait déjà à l'âge de 7 ans un petit goitre médian, dur et de forme sphérique. Depuis deux ans, accroissement rapide de la tumeur, accompagné bientôt d'une certaine gêne de la respiration et de la déglutition.

Pommades, teinture d'iode extérieurement et en injections furent employées sans succès.

Entrée à l'hôpital le 5 avril 1884 : dans la région médiane du cou, une tumeur sphérique, de la grosseur d'une pomme, à limites franches et de consistance assez dure; larynx et trachée suivent les mouvements imprimés à la tumeur. Examen laryngoscopique négatif; respiration pénible.

Le 7 avril : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 12 centim. Adhérences vasculaires nombreuses. Ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures. Le nerf récurrent droit est mis à nu et isolé sur une étendue assez considérable. 33 ligatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (20/0), drainage, suture cutanée à la soie.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur enlevée consiste en un noyau médian de la grosseur d'une pomme, facilement énucléable et recouvert sur sa partie antérieure d'une couche de tissu glandulaire d'environ 1 centim. d'épaisseur; cette coque s'amincit graduellement des deux côtés et se trouve réduite sur les parties postérieures du noyau à un feuillet excessivement ténu.

En haut et en bas, c'est-à-dire aux deux pôles du noyau principal et aplatis par ce dernier, se trouvent deux autres noyaux plus petits, tous les deux dans des loges distinctes et facilement énucléables.

Le troisième jour après l'opération, température soir 40°,1; le pansement est renouvelé; légère rétention purulente, plaie entr'ouverte dans son tiers supérieur. Dès lors marche afébrile.

A la sortie de l'hôpital le 29 avril : encore une petite surface granuleuse de 1,5 centim. de long et 0,5 centim. de large à la partie supérieure de la cicatrice qui est linéaire dans le reste de son étendue. Voix rauque; à l'examen laryngoscopique on constate une paralysie presque complète de la corde vocale droite. Respiration facile.

Notre opérée étant partie pour l'étranger, je n'ai pu la revoir.

QUATORZIÈME OBSERVATION. — *Elise Meyer*, 26 ans, ouvrière de

fabrique, Argovie, est affectée depuis son enfance d'un goître à croissance très lente. Il y a quatre ans, la tumeur fut à deux reprises ponctionnée et il en sortit chaque fois la valeur d'une ou deux cuillerées à soupe d'un liquide brun-rouge ; chaque fois aussi la ponction fut suivie d'une injection de teinture d'iode. En suite de ce traitement, la tumeur diminua tout d'abord, puis augmenta de nouveau de volume. Jamais de gêne respiratoire.

Entrée à l'hôpital le 4 juillet 1884 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur du poing, bien circonscrite et assez mobile ; consistance inégale, fort dure en certains points, en d'autres assez molle ; pas de fluctuation. Larynx fortement repoussé à gauche de la ligne médiane. Aucune altération de la voix.

Le 5 juillet : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 13 centimètres. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent droit qui apparaît dans le champ opératoire est soigneusement respecté. 32 ligatures.

Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur, consistant en tissu glandulaire hypertrophié avec dégénérescence colloïde, présente sur sa coupe deux petits kystes de la grosseur d'une noisette chacun et des dépôts calcaires en plusieurs endroits.

Guérison par première intention en 14 jours.

J'ai revu l'opérée le 13 novembre 1886 : cicatrice, dans sa partie verticale, légèrement distendue, linéaire et à peine visible dans sa partie supérieure oblique. Forme du cou relativement peu altérée ; le côté opéré est cependant sensiblement plus maigre et décharné que l'autre. Lobe gauche de la glande thyroïde normal ; la voix n'est pas altérée ; pas de récédive et aucun symptôme de cachexie.

QUINZIÈME OBSERVATION. — *Caroline Steinmann*, 46 ans, Thurgovie. Début de la tumeur il y a quatorze ans, coïncidant avec une grossesse.

Emploi de diverses pommades et d'injections iodées sans résultat. Augmentation lente de volume. Tout travail corporel violent amène des accidents respiratoires.

Entrée à l'hôpital le 14 juillet 1884 : à la partie antérieure du cou, une tumeur de la grosseur du poing, de consistance molle-élastique et assez mobile. Le larynx a subi une légère rotation de gauche à droite autour de son axe longitudinal.

Le 15 juillet : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) partant du sternum et allant en suivant la ligne médiane jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde, de là obliquement à droite jusqu'au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoïdien. La tumeur ne présente que des adhérences lâches avec les tissus environnants. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent reste invisible.

Désinfection au sublimé (1 0/00), 2 drains résorbables, suture au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur présente sur sa coupe un nombre considérable de petits

kystes à contenu colloïde et dont les dimensions varient entre celle d'une lentille et celle d'une noisette.

Guérison de la plaie par première intention sous un seul pansement en 11 jours; drains entièrement résorbés

Je n'ai pas pu revoir cette opérée.

Examen ultérieur de la tumeur :

Noyau unique, bosselé, bien circonscrit, entouré d'une coque glandulaire mince en avant et s'épaississant graduellement sur les côtés pour atteindre 1,5 centim. dans la région postérieure. Il est très facile de dégager la tumeur de cette capsule sans l'emploi d'aucun instrument tranchant; en deux points cependant où de petits kystes font saillie à la superficie de la tumeur, l'enveloppe thyroïdienne, très amincie, a contracté avec cette dernière des adhérences plus difficiles à rompre.

SEIZIÈME OBSERVATION. — *Joséphine Jehle*, 16 ans 1/2, Argovie, souffre d'un goitre depuis cinq ans; malgré l'emploi de diverses pom-mades et de teinture d'iode, la tumeur augmenta constamment de volume, tout particulièrement depuis cinq semaines; cet accroissement rapide de la tumeur fut bientôt accompagné d'une gêne notable de la respiration. Depuis quatre jours, la patiente est enrôlée.

Entrée à l'hôpital le 13 juillet 1884 : à la région antérieure du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, s'étendant du sternum jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, à surface lisse et de consistance molle, élastique. Rien d'anormal à l'examen laryngoscopique; respiration difficile.

Le 16 juillet : *extirpation du lobe droit, de l'isthme et d'une partie du lobe gauche de la glande thyroïde*. Incision médiane de 12 centimètres de longueur. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure du côté droit. Le nerf récurrent n'est pas mis à nu.

Désinfection au sublimé (1 0/00), 1 drain résorbable, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée présente sur sa coupe un grand nombre de petits kystes à contenu colloïde.

Guérison par première intention en 10 jours.

J'ai revu l'opérée le 12 novembre 1886 : cicatrice assez large, mais souple et nulle part adhérente à la trachée. Un peu à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur de la dimension d'une noix, assez dure, à surface lisse, mobile et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition; à part la légère saillie occasionnée par cette petite récive, la forme du cou est remarquablement conservée pour un cas d'extirpation presque totale de la glande thyroïde. Voix normale et troubles respiratoires entièrement disparus à partir de l'opération.

Aucun symptôme de cachexie.

Examen ultérieur de la tumeur : noyau unique, entouré d'une coque glandulaire et facilement énucléable.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Maria-Anna Feilbach*, 22 ans,

Alsace, est affectée depuis sept ans d'un goître à croissance lente; la respiration est devenue pénible dans les derniers temps.

Entrée à l'hôpital le 18 juillet 1884 : jeune fille anémique et présentant un certain degré d'idiotie. A la partie antérieure du cou, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur arrondie, de la grosseur du poing, mobile et de consistance assez dure. Examen laryngoscopique négatif.

Le 19 juillet : *extirpation du lobe droit, de l'isthme et d'une bonne partie du lobe gauche de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) d'environ 12 centimètres. Adhérences vasculaires nombreuses et solides. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure du côté droit. Une petite portion du lobe gauche, saine en apparence, est respectée et laissée en place. Le nerf récurrent droit, mis à nu, est soigneusement protégé. 38 ligatures.

Désinfection au sublimé (1 0/00), 1 drain résorbable, sutures en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Guérison par première intention sous un seul pansement en 10 jours.

Revu l'opérée le 3 novembre 1886 : cicatrice, dans sa partie inférieure verticale et médiane, large de 4 millimètres, légèrement hypertrophique, rigide et adhérente aux tissus sous-jacents; dans sa partie supérieure oblique, linéaire et souple.

Forme du cou à droite notablement altérée, muscle sterno-cleido-mastoidien fortement saillant. La portion du lobe gauche laissée en place lors de l'opération, paraît avoir légèrement augmenté de volume. Glandes lymphatiques sous-maxillaires gauches tuméfiées. Voix normale; la respiration est encore parfois un peu gênée, beaucoup moins cependant qu'à l'époque qui précéda l'opération.

Aucun symptôme appréciable de cachexie.

L'examen ultérieur de la tumeur conservée fait voir que le lobe thyroïdien droit extirpé est occupé par un noyau unique, recouvert d'une capsule glandulaire de 1 à 2 centimètres d'épaisseur et qui aurait pu être facilement enlevé par énucléation. L'isthme contient également un noyau plus petit, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'il est tout aussi facile de dégager de sa coque.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION. — *Elise Stubenvoll*, 46 ans, femme mariée, Bâle, est affectée d'un goître depuis treize ans. Augmentation lente mais constante du volume de la tumeur, malgré l'emploi de divers médicaments externes. Jamais de troubles du côté de la respiration.

Entrée à l'hôpital le 30 juillet 1884 : dans la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur du poing, peu mobile, à surface lisse et de consistance dure. Le larynx a subi une torsion de gauche à droite autour de son axe longitudinal et se trouve fortement repoussé à gauche de la ligne médiane. La voix n'est pas altérée.

Le 1^{er} août : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 18 centimètres. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Total des ligatures, 35. Désinfection

au sublimé (1 0/00), 2 drains résorbables, suture en étages au catgut. Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur montre sur sa coupe plusieurs petits kystes dont la grosseur varie entre celle d'une lentille et celle d'un œuf de pigeon, renfermant un liquide brunâtre, sanguinolent et riche en cristaux de cholestérine.

Une heure et demie après l'opération survient une hémorrhagie artérielle secondaire assez abondante pour nécessiter un secours immédiat ; le pansement est rapidement enlevé, le fil de suture tranché aux ciseaux et la plaie débarrassée des caillots qui la distendent ; c'est l'artère thyroïdienne supérieure dont la ligature a lâché qui est la source de cette hémorrhagie ; ce vaisseau est immédiatement saisi et lié solidement. Les bords de la plaie sont de nouveau réunis par une suture au catgut ; pansement à l'oxyde de zinc.

Malgré le prompt secours qui lui a été porté, l'opérée a perdu une quantité de sang notable ; elle est très pâle et sans connaissance ; pouls filiforme et irrégulier, pupilles étroites. Cependant la patiente revient bientôt à elle : injections d'éther camphré, analeptiques, auto-transfusion. L'état s'améliore graduellement et le lendemain le pouls est déjà assez plein et vigoureux.

Cet accident trouble légèrement la marche de la guérison : la plaie se rouvre dans sa partie supérieure et suppure un peu.

A la sortie de l'hôpital, le 19 août, la cicatrisation est complète à l'exception d'une étroite fistule à la place du drain.

J'ai revu l'opérée le 28 octobre 1886 : cicatrice linéaire, souple, nulle part adhérente à la trachée ; mais la forme du cou est profondément altérée du côté opéré ; la trachée qui a repris sa position médiane et le bord interne du muscle sterno-cleido-mastoïdien droit font fortement saillie sous la peau, laissant entre eux un sillon très marqué dans lequel on peut facilement loger l'index. Lobe gauche de la glande thyroïde normal. Aucune altération de la voix. Aucun symptôme de cachexie.

Examen ultérieur de la tumeur : gros noyau strumeux unique, recouvert d'une capsule glandulaire très mince à sa partie antérieure et allant s'épaississant sur les côtés jusqu'à 2 centimètres dans sa région postérieure. Adhérences lâches, énucléation facilement praticable.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Louise Jecker*, 41 ans, ouvrière de fabrique, Soleure, est affectée, dès l'âge de 10 ans, d'un goitre à croissance fort lente. L'usage de diverses pommades est toujours demeuré sans effet.

Jamais de troubles du côté de la respiration ; en revanche, depuis deux ans existe une certaine gêne dans la déglutition.

Entrée à l'hôpital le 29 octobre 1884 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur sphérique, de la grosseur du poing, peu mobile, fluctuante et implantée sur le lobe gauche du corps thyroïde, lequel est lui-même sensiblement augmenté de volume.

Le 31 octobre : *extirpation du lobe gauche de la glande thyroïde*. Incision de 11 centimètres suivant la ligne médiane. Mise à nu des

parois du kyste qui fait corps avec le reste du lobe gauche hypertrophié qu'on enlève dans sa totalité. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent gauche est soigneusement respecté. 28 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), 2 drains résorbables, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Guérison par première intention en 13 jours.

Revu l'opérée le 4 décembre 1886 : la cicatrice, linéaire à l'exception de son extrémité inférieure large d'environ 1-centimètre, est souple et nulle part adhérente. Un peu à droite de la ligne médiane et correspondant au milieu de la cicatrice, une tumeur de la grosseur d'une prune, de consistance ferme, très mobile, en connexion cependant avec le lobe droit de la glande thyroïde qui, du reste, n'est pas autrement affecté; on ne découvre aucun reste du lobe gauche. Voix normale; la gêne accompagnant autrefois les mouvements de déglutition a entièrement disparu. Aucun symptôme de cachexie.

A la revision de la tumeur conservée, on constate des dispositions anatomiques très complexes. La presque totalité du goître enlevé est représentée par un noyau strumeux à surface bosselée et à dégénérescence colloïde, de la grosseur d'un œuf d'oie.

Sur la partie antérieure de ce noyau, et faisant corps avec lui, un kyste à parois très épaisses de la grosseur du poing. La tumeur de forme très irrégulière constituée par ces deux éléments est enveloppée par un feuillet de tissu thyroïdien; ce feuillet, très aminci dans la région du kyste et difficile à détacher des parois de ce dernier gagne en épaisseur au niveau de la partie parenchymateuse de la tumeur et s'en laisse facilement séparer. Il y aurait donc eu ici encore possibilité d'énucléation; cependant le tissu thyroïdien formant la coque glandulaire de ce noyau principal n'est pas normal; il recèle encore dans ses profondeurs 2-3 nodules strumeux bien circonscrits et qui, eux-mêmes, auraient réclamé autant d'énucléations isolées.

En résumé si, dans ce cas-ci, l'énucléation était anatomiquement réalisable, elle n'eut pas été d'une exécution facile en raison de la multiplicité et de la diversité des noyaux strumeux. En pratique, l'extirpation totale de la partie malade du corps thyroïde était bien préférable.

VINGTIÈME OBSERVATION. — *Joseph Scherer*, 42 ans, campagnard, Argovie, remarqua à l'âge de 18 ans, pour la première fois, un peu à gauche de la ligne médiane du cou, une petite tumeur, de consistance dure, et qui dès lors augmenta graduellement de volume.

Depuis huit ans gêne respiratoire, surtout pendant le travail.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} décembre 1884 : dans la région antérolatérale gauche du cou, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, peu mobile, de consistance élastique et à limites franches.

Le larynx est repoussé à droite de la ligne médiane; déviation de la glotte de gauche en avant à droite en arrière; phonation normale. Emphysème pulmonaire.

Le 5 décembre : *extirpation du lobe gauche de la glande thyroïde.*

Incision angulaire d'après Kocher. Nombreuses adhérences de la

tumeur avec les tissus environnants. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure.

Désinfection au sublimé (1 0/00), 2 drains résorbables, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur consiste en une hyperplasie du tissu glandulaire avec dégénérescence colloïde au début, et montre sur sa coupe quelques petits kystes et dépôts calcaires.

Guérison par première intention en 15 jours.

Je n'ai pu constater le résultat définitif de l'opération chez ce patient.

VINGT-ET-UNIÈME OBSERVATION. — *Emma Leu*, 22 ans, Bâle-campagne, est affectée d'un goitre depuis l'âge de 3 ans. La tumeur qui au début n'augmentait que très lentement de volume, présente depuis quelque temps un accroissement rapide. Respiration pénible pendant le travail et dans le décubitus dorsal; la patiente est de temps en temps enrôuée.

Entrée à l'hôpital le 13 novembre 1885 : à la région antérieure du cou, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur assez dure, de la grosseur du poing, peu mobile et à sa surface bosselée. Le lobe droit de la glande thyroïde est aussi légèrement hypertrophié.

Le 18 novembre : *extirpation du lobe gauche de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 14 centimètres. La tumeur présente des adhérences vasculaires très nombreuses. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure du côté gauche; en tout 43 ligatures. Désinfection au sublimé (1/2 0/00), drain résorbable, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Dans la nuit qui suit l'opération, l'opérée a 6 selles liquides, dont les deux dernières sanguinolentes (légère intoxication mercurielle). Teinture d'opium.

La suture cutanée cède en un point et la plaie se cicatrise en partie par granulations.

A la sortie de l'hôpital, le 15 décembre, le lobe droit de la thyroïde paraît avoir augmenté de volume.

J'ai revu l'opérée le 7 novembre 1886 : cicatrice rouge, un peu irrégulière et hypertrophique dans sa moitié inférieure, mais nulle part adhérente à la trachée. Le lobe droit de la glande thyroïde constitue une tumeur élastique, de la grosseur du poing, assez mobile et à surface lisse; entre cette tumeur et le bord interne du muscle sterno-cleido mastoïdien gauche se trouve une dépression très marquée au fond de laquelle on sent, immédiatement sous la peau, la trachée qui est complètement dénudée dans sa partie antéro-latérale gauche. La forme du cou est, de la sorte, profondément altérée. Voix normale; cependant, symptômes de sténose trachéale. La tumeur continue à augmenter de volume.

Examen ultérieur de la tumeur extirpée : noyaux multiples, l'un très grand, le second de la grosseur d'un œuf, plusieurs plus petits; tous isolables, mais énucléation impraticable vu la multiplicité de ces

noyaux strumeux. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait ici d'un *adénome fœtal* (Wölfler).

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Elise Haller*, 36 ans, Argovie. Goître datant de l'enfance. Il y a sept ans, grossesse, puis accroissement assez rapide de la tumeur. Gêne respiratoire à la marche et pendant la nuit.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} décembre 1885 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur du poing, bien circonscrite, mobile et de consistance ferme. A l'examen laryngoscopique on ne constate rien d'anormal.

Le 7 décembre : *extirpation du lobe droit de la glande thyroïde*. Incision angulaire (Kocher) de 11 centimètres. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Le nerf récurrent droit est soigneusement respecté. La section de l'isthme ne présente pas de difficulté. 23 ligatures. Désinfection au sublimé (1/2 0/0), drainage, suture au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le goître enlevé se compose de deux noyaux adénomateux solides, l'un de la grosseur d'une pomme, l'autre de la grosseur d'un œuf. — *Adenoma foetale* (Wölfler).

Guérison par première intention en trois semaines. Il ne m'a pas été possible de retrouver cette opérée.

Enucléations.

(37 cas : 11 hommes, 26 femmes).

a) Goîtres kystiques.

(17 cas : 8 hommes, 9 femmes).

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION. — *Mlle A. B...*, 18 ans (clinique privée), Argovie, remarqua pour la première fois il y a environ quatre ans, une tumeur à la partie antérieure du cou. Quatre ponctions, suivies chaque fois d'une injection de teinture d'iode, demeurèrent sans résultat et le goître augmenta lentement de volume.

Entrée à la clinique le 10 juillet 1882 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'une pomme, à surface lisse, bien circonscrite et fluctuante. Examen laryngoscopique négatif; voix normale. Pas de troubles respiratoires.

Le 12 juillet : *enucléation*.

Incision verticale médiane de 15 centimètres. La capsule glandulaire fort ténue est incisée et la tumeur, ainsi mise à nu, dégagée et enlevée en quelques minutes. Hémorrhagie insignifiante.

15 ligatures. Désinfection à l'acide phénique (5 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Lister.

La tumeur extirpée est un kyste à parois de 9 millimètres d'épaisseur et contenant un liquide sanguinolent épais.

Guérison par première intention en dix jours.

Il m'a été impossible de revoir cette opérée.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Caroline Guggenheim*, 12 ans, Baden, est affectée depuis environ quatre ans d'un goitre qui, dans les derniers temps, occasionna à diverses reprises des troubles respiratoires. L'usage de pommade iodée et d'injections de teinture d'iode est toujours demeuré inefficace.

Entrée à l'hôpital le 19 juillet 1882 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bien circonscrite, à surface lisse et présentant une fluctuation évidente. Des ponctions répétées, suivies d'injections iodées, ne produisirent aucun effet durable.

Le 9 août 1882 : *énucléation*. Incision verticale médiane de 7 centimètres de longueur. La capsule glandulaire est fort mince, en sorte que l'on arrive sans tâtonnements sur les parois propres du kyste qui se laisse extirper sans aucune difficulté, malgré quelques adhérences lâches provenant des ponctions et injections iodées pratiquées antérieurement. Hémorrhagie insignifiante. 21 ligatures. Désinfection à l'acide phénique (3 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de la plaie par première intention.

Guérison de la plaie par première intention, sans aucune élévation de température, en quinze jours. Gêne respiratoire entièrement disparue.

Je n'ai malheureusement pas pu revoir cette opérée qui est partie pour l'étranger.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Franz Schwærer*, 20 ans, cordonnier, Bâle-ville, remarqua il y a deux ans, pour la première fois, une petite tumeur au-dessus du sternum. Celle-ci augmenta lentement de volume et causa fréquemment, durant la dernière année, une gêne de la respiration; depuis quinze jours notre patient souffre sans relâche d'une forte dyspnée, à tel point que le décubitus dorsal lui est devenu impossible.

Entrée à l'hôpital le 31 octobre : jeune homme de constitution faible et à intelligence bornée. A la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, se dérochant en partie derrière le bord supérieur du sternum; consistance élastique, fluctuation évidente. Dès que le patient porte la tête en arrière il se produit un accès de suffocation; inspiration bruyante. Une ponction donne environ 50 centim. cubes d'un liquide brunâtre, riche en cristaux de cholestéarine.

Le 8 novembre 1882: *énucléation*. Incision verticale médiane de 8 cent. La couche de tissu glandulaire recouvrant la tumeur ne présente qu'une épaisseur d'un millimètre environ, et l'on arrive ainsi facilement sur les parois du kyste. Cependant l'opération est compliquée par le fait que ce dernier plonge profondément derrière le sternum; le kyste est incisé et vidé; dès lors ses parois, attirées peu à peu hors de la plaie, se laissent

dégager de leur loge en grande partie simplement à l'aide des doigts. Hémorrhagie de peu d'importance. 19 ligatures.

Désinfection à l'acide phénique (5 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Lister.

Guérison par première intention en 14 jours.

J'ai revu l'opéré le 1^{er} novembre 1886 : la cicatrice est assez fortement distendue, mais très souple et nulle part adhérente aux tissus sous-jacents. Un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez mobile, à surface lisse et à fluctuation indécise.

Au dire du patient, cette petite tumeur date d'environ 2 ans 1/2, ne s'accroît guère et ne le gêne aucunement. Malgré cette récurrence, faisant légèrement saillie sous la peau, la forme normale du cou est fort bien conservée.

La voix n'est pas altérée et les troubles respiratoires ont entièrement disparu depuis l'opération. Aucune trace de cachexie.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION. — *Veronica Grundlehner*, 70 ans, Turgovie. Apparition de la tumeur, il y a 19 ans, coïncidant avec la ménopause.

Accroissement très lent, ponctions répétées sans résultat. Dans les derniers temps la respiration est devenue un peu laborieuse.

Entrée à l'hôpital le 19 décembre 1882 : à la partie antéro-latérale droite du cou, une tumeur sphérique assez mobile, atteignant presque les dimensions d'une tête d'enfant, de consistance élastique et présentant une fluctuation évidente. L'isthme et le lobe gauche de la glande thyroïde sont légèrement augmentés de volume. Larynx repoussé à gauche de la ligne médiane.

Le 5 janvier 1883 : *énucléation*. Incision de 12 centim. parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. Ligature de la veine jugulaire externe ; section du muscle omo-hyoïdien. On ne réussit pas immédiatement à découvrir les parois propres de la tumeur par le fait que celles-ci, à la suite des nombreuses ponctions pratiquées autrefois, ont contracté des adhérences assez intimes avec leur enveloppe glandulaire ; cependant, après quelques tâtonnements, cette dernière est incisée sur le pourtour interne du kyste qui, dès lors, se laisse aisément dégager ; la partie de la capsule glandulaire adhérente à la tumeur est réséquée et extirpée avec elle. Hémorrhagie peu considérable.

Désinfection à l'oxyde de zinc (1 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée est un kyste multiloculaire à parois très épaisses.

Durant les premiers jours qui suivirent l'opération, légère élévation de la température le soir. La plaie se rouvre dans sa partie inférieure et guérit par granulations. Sortie de l'hôpital le 1^{er} mars.

J'ai revu l'opérée le 30 octobre 1886 : cicatrice à peine visible, linéaire à l'exception de son extrémité inférieure un peu irrégulière. L'isthme et le lobe gauche de la glande thyroïde sont, comme avant l'opé-

ration, légèrement augmentés de volume; à part cela la forme du cou est excellente. La voix est normale.

Emphysème pulmonaire occasionnant une certaine gêne dans la respiration. Aucun symptôme de cachexie.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Verena Muller*, 30 ans, ouvrière de fabrique, Argovie, est affectée d'un goître depuis neuf ans. L'accroissement de la tumeur, lent au début, fut assez rapide durant les dernières années. Depuis quelque temps, embarras dans la déglutition et dyspnée dans le décubitus dorsal.

Entrée à l'hôpital le 8 mai 1883 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur du poing, à surface bosselée, bien circonscrite, de consistance élastique et fluctuante. Examen laryngoscopique négatif.

Le 12 mai 1883 : *énucléation*. Incision de 8 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. La tumeur est recouverte d'une couche de tissu glandulaire normal de 2-3 millimètres d'épaisseur; celle-ci est incisée et le kyste extrait de sa loge avec la plus grande facilité. 20 ligatures.

Désinfection à l'oxyde de zinc (1 0/0), drainage, suture en étages au catgut. Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée est un kyste à parois épaisses renfermant un liquide brun-verdâtre, riche en cristaux de cholestéarine.

Guérisson par première intention en 18 jours.

Revu l'opérée le 29 octobre 1886 :

Cicatrice parfaitement linéaire, presque invisible, souple et nulle part adhérente. La forme du cou est parfaitement normale; la voix n'est pas altérée et les embarras dans la déglutition et la respiration ont entièrement disparu depuis l'opération.

Aucun symptôme de myxoédème.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION. — *Mlle A. M...* (clinique privée), 35 ans, Zurich, est affectée d'un goître depuis environ douze ans. La tumeur se développa lentement, sans jamais occasionner de gêne dans la respiration. Durant l'espace des quatre dernières semaines on fit trois ponctions suivies chaque fois d'une injection iodée, mais cela sans succès, attendu que le kyste se remplit toujours à nouveau.

Le 29 mai 1883 on constate, à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'une pomme, à surface lisse, assez mobile et présentant à son centre une fluctuation évidente.

La voix n'est pas altérée; examen laryngoscopique négatif.

Le 30 mai : *énucléation*. Incision verticale médiane d'environ 12 centimètres. L'enveloppe constituée par le tissu glandulaire normal est extrêmement mince et les parois du kyste sont facilement mises à nu; celles-ci présentent à leur partie antérieure quelques adhérences lâches avec la capsule glandulaire, adhérences provenant des ponctions antérieures; le dégagement de la tumeur s'opère, du reste, sans autres difficultés; hémorrhagie insignifiante. 25 ligatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (1 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur se compose de deux kystes à parois très épaisses; le plus volumineux est de la grosseur d'un œuf de poule et renferme un pus épais gris-brun; le plus petit, de la dimension d'une noisette, est rempli de substance colloïde.

Guérison par première intention en 11 jours. Je n'ai pas revu cette opérée.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Jules Kielholz*, 26 ans, cordonnier, Argovie, est affecté depuis cinq ans d'un goître à croissance lente. Jamais de troubles respiratoires.

Entrée à l'hôpital le 9 novembre 1884 : à la partie antéro-latérale gauche du cou, une tumeur mobile, fluctuante, de la grosseur d'un œuf d'oie et à surface lisse; larynx et trachée suivent les mouvements imprimés à la tumeur. L'examen laryngoscopique ne dénote rien d'anormal.

Le 24 novembre : *énucléation*. Incision de 7 centimètres le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche. Incision de l'enveloppe glandulaire qui est assez ténue; en revanche, nous rencontrons dans ce cas, à la partie supérieure du kyste, quelques adhérences assez solides pour devoir être tranchées au bistouri, ce qui n'empêche pas l'opération d'être menée à bonne fin, et cela presque sans hémorrhagie. 18 ligatures.

Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Il s'agit encore ici d'un kyste à parois épaisses, renfermant un liquide brunâtre, riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention en 11 jours.

J'ai revu notre opéré le 12 novembre 1886 : cicatrice linéaire et à peine visible. La forme du cou n'est en aucune façon altérée.

Pas trace de récidive. Voix normale et respiration toujours facile.

Aucun symptôme de cachexie.

TRENTIÈME OBSERVATION. — *Wilhelm Dettwyler*, 19 ans, horloger, Bâle-campagne, remarqua pour la première fois il y a sept ans, à la partie antéro-latérale droite du cou, une petite tumeur de forme arrondie qui, dès lors, augmenta constamment de volume; en outre, il y a trois semaines, notre patient découvrit une seconde tumeur analogue à gauche de la ligne médiane. Depuis environ dix mois la respiration est devenue difficile.

Entrée à l'hôpital le 23 novembre 1884 : à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessous du larynx, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bien circonscrite, de forme ovoïde, très mobile et fluctuante; à gauche de la ligne médiane, une tumeur de la même dimension, moins mobile, moins bien circonscrite que la première, et ne présentant pas une fluctuation aussi évidente. Ces tumeurs suivent les mouvements du larynx dans la déglutition.

Voix normale. Examen laryngoscopique négatif.

Le 2 décembre : *énucléation* des deux kystes. Incision angulaire (Kocher) de 9 centimètres. On incise la couche de tissu glandulaire normal qui recouvre la tumeur de droite et qui présente une épaisseur d'environ 3 millimètres; le kyste alors est extrait de sa loge, simplement à l'aide des doigts, en quelques secondes; il en est exactement de même de l'extirpation du kyste de gauche, laquelle nécessite une seconde incision de la capsule glandulaire; celle-ci est également épaisse de 2-3 millimètres. Hémorrhagie presque nulle. 12 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Les deux kystes contiennent un liquide brunâtre riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention en 15 jours.

J'ai revu l'opéré le 8 novembre 1886 : la moitié supérieure de la cicatrice est linéaire, la moitié inférieure un peu distendue, d'environ 1 centimètre de large, mais nulle part adhérente et très souple sur toute sa longueur. Le lobe gauche de la glande thyroïde est légèrement tuméfié. Cependant, au dire de l'opéré, il n'augmente plus de volume; à part cela, la forme normale du cou est bien conservée.

Les troubles respiratoires ont entièrement disparu depuis l'opération.

Aucun symptôme de cachexie.

TRENTE-ET-UNIÈME OBSERVATION. — *Jean Amrein*, 22 ans, valet de ferme, Baden. Il y a deux ans, apparition d'une petite tumeur de consistance molle à la partie antérieure du cou; de temps en temps embarras dans la respiration, symptôme qui, durant les dernières semaines, s'est accentué à tel point, qu'il y a quinze jours, le patient fut pris d'un accès de suffocation grave.

Entrée à l'hôpital le 2 février 1885 : à la région médiane du cou, immédiatement au-dessus du sternum, une tumeur de la dimension d'une grosse noix, bien circonscrite, de consistance élastique et fluctuante. La glande thyroïde en entier est un peu augmentée de volume.

Le 3 février : *énucléation*. Incision verticale médiane de 6 centimètres. La capsule glandulaire mince est incisée dans le même sens que la peau; à la partie postérieure du kyste adhèrent trois nodules parenchymateux, de grosseur variant entre celle d'un pois et celle d'une noisette, qui sont extirpés en même temps. 10 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le kyste extirpé, à parois épaisses et par places calcifiées, renferme un liquide brun très riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention en 10 jours. Il m'a été impossible de retrouver cet opéré.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Antoine Vogel*, 56 ans, forgeron, Lucerne, souffre, depuis l'âge de 40 ans, d'un goitre qui s'est développé assez rapidement. Deux ponctions furent pratiquées sans amener la moindre diminution du volume de la tumeur. Gêne respiratoire assez considérable.

Entrée à l'hôpital le 17 mars 1885 : à la région antéro-latérale gauche du cou, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, à surface lisse, de forme sphérique, bien circonscrite et de consistance élastique. Larynx et trachée fortement repoussés à droite de la ligne médiane ; le lobe droit de la glande thyroïde est un peu tuméfié. Rien d'anormal à l'examen laryngoscopique.

Le 18 mars : *énucléation*. Incision verticale de 12 centimètres pratiquée à deux travers de doigts à gauche de la ligne médiane, suivant la plus grande périphérie de la tumeur ; l'enveloppe glandulaire qui recouvre cette dernière est incisée sur la sonde cannelée ; elle présente une épaisseur d'environ 4 millimètres. Le kyste est alors extirpé à l'aide des doigts sans difficulté ; seule la place où précédemment ont été faites les deux ponctions présente quelques adhérences qui sont tranchées au bistouri. Hémorrhagie minime. 33 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le kyste pèse 640 grammes et contient une masse épaisse d'un gris-brunâtre ; quelques petits dépôts calcaires dans les parois de la tumeur.

Il se forme sous la cicatrice un petit abcès qui s'ouvre spontanément ; à part cela, les suites de l'opération sont des plus simples, et la plaie se ferme dans la plus grande partie de son étendue par première intention en quatre semaines. Respiration parfaitement libre et voix normale.

Il ne m'a pas été possible de revoir cet opéré.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION. — *Otto Guthauser*, 22 ans, valet de ferme, Argovie, est affecté depuis dix ans d'un goître à accroissement lent ; la respiration est toujours demeurée libre.

Entrée à l'hôpital le 27 avril 1885 : à la partie antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, mobile, à surface lisse et présentant une fluctuation évidente. Examen laryngoscopique négatif.

Le 2 mai : *énucléation*. Incision de 6 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit ; la capsule glandulaire, ténue, mais assez richement vascularisée, est incisée dans la même direction. A côté du kyste se trouve un nodule parenchymateux, de la grosseur d'une noisette, qui se laisse extraire par la même incision du parenchyme glandulaire.

Hémorrhagie insignifiante. 13 ligatures.

Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le kyste extirpé contient un liquide séreux sanguinolent.

Guérison par première intention en 6 jours.

Revu l'opéré le 10 novembre 1886 : cicatrice parfaitement linéaire, à peine visible et très souple. Pas trace de récidence ; forme du cou parfaitement normale ; la voix n'est pas altérée. Aucun symptôme de cachexie.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Anna Deltwyler*, 16 ans, passementière, Bâle-campagne. La tumeur s'est développée assez rapidement dans l'espace d'une année. Une ponction fut pratiquée et donna une certaine quantité de liquide séreux sanguinolent; la respiration n'est que rarement un peu gênée.

Entrée à l'hôpital le 20 mai 1885 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la forme et de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance élastique, fluctuante et peu mobile. L'examen laryngoscopique ne dénote rien d'anormal.

Le 1^{er} juin : *énucléation*. Incision verticale médiane de 5 centimètres; la capsule glandulaire est fort ténue, en sorte que l'on arrive de suite sur les parois du kyste qui se laisse extraire de sa loge avec les doigts. Hémorrhagie très minime. 10 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le kyste, à parois par places fort épaisses, renferme un liquide limpide, jaune-brun et les restes d'anciens extravasats sanguins.

Guérison par première intention en 10 jours.

J'ai revu l'opérée le 26 novembre 1886 : cicatrice distendue, de 3,5 centimètres de longueur et 1,5 centimètre de largeur, très souple. Le lobe droit de la glande thyroïde est un peu augmenté de volume; à gauche de la ligne médiane, une tumeur mobile, de la grosseur d'une noix, de consistance élastique et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition. Forme du cou malgré cela peu altérée. Voix normale; la respiration n'est aucunement gênée.

Pas trace de cachexie.

TRENTE CINQUIÈME OBSERVATION. — *Jacob Stückelberger*, 66 ans, marchand de vins, Bâle-ville, est affecté depuis dix ans d'un goître à croissance lente. Jamais la respiration n'a été embarrassée.

Entrée à l'hôpital le 7 novembre 1885 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur atteignant presque les dimensions d'une tête d'enfant, peu mobile, à surface lisse et de consistance élastique; fluctuation douteuse.

Examen laryngoscopique négatif.

Le 11 novembre : *énucléation*. Incision de 14 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. La capsule glandulaire incisée présente une épaisseur de 4 millimètres; le kyste est dégagé et extirpé à l'aide des doigts en quelques minutes, sans hémorrhagie notable. 33 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée présente des parois fibreuses, fermes, de 2 millimètres d'épaisseur et renferme une sorte de gelée molle, sanguinolente.

Guérison par première intention en 14 jours. J'ai revu l'opéré le 30 octobre 1886 : cicatrice à peine visible et très souple. Forme du cou parfaitement normale malgré une très légère tuméfaction du lobe droit de la glande thyroïde.

La voix n'est pas altérée ; respiration toujours facile. Aucun symptôme de cachexie.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION. — *Walburge Delwyler*, 30 ans, couturière, Bâle-campagne. La tumeur s'est développée dans l'espace de quatre ans, assez lentement au début ; en revanche, depuis quatre semaines environ, elle présente un accroissement rapide accompagné d'une gêne notable de la respiration ; de temps en temps légers accès de suffocation.

L'usage de diverses pommades et de médicaments internes s'est toujours montré inefficace.

Entrée à l'hôpital le 5 février 1886 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur grosse comme le poing, de forme sphérique, à surface lisse, peu mobile et fluctuante. Larynx déplacé d'environ 2 centimètres à gauche de la ligne médiane. Voix normale ; examen laryngoscopique négatif.

Le 11 février : *énucléation*. Incision de 10 centimètres un peu en dedans du bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit et parallèle à celui-ci. La capsule glandulaire fort mince est incisée sur une longueur d'environ 7 centimètres et les parois du kyste de la sorte mises à nu ; ce dernier est alors extirpé à l'aide seule des doigts en quelques secondes. Hémorrhagie minime. 32 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Le kyste extirpé renferme 350 centimètres cubes d'un liquide brun-rouge riche en cristaux de cholestéarine ; ses parois, constituées en grande partie par du tissu glandulaire plus ou moins dégénéré, ont par places une épaisseur de 3-4 centimètres. Nous avons affaire ici à un :

Cystoadenoma-interacinosum de Wölfler.

Guérison par première intention en 18 jours.

Revu l'opérée le 7 novembre 1886 : cicatrice dans sa moitié supérieure linéaire et souple, dans sa moitié inférieure large d'environ 1/2 centimètre et légèrement hypertrophique. Forme du cou normale. La voix n'est pas altérée et les troubles respiratoires ont complètement disparu à partir de l'opération.

Aucun symptôme de myxoedème.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Antoine Stehlin*, 43 ans, tailleur de pierres, Bâle-campagne, est affecté d'un goitre depuis l'âge de 20 ans. Accroissement lent mais continu de la tumeur. Le patient est souvent enrôlé et lorsqu'il marche vite respire difficilement.

Deux petites incisions furent pratiquées dans l'espace des cinq dernières semaines ; elles eurent chaque fois pour résultat l'évacuation d'une certaine quantité de liquide jaunâtre sanguinolent, et ne produisirent du reste qu'une diminution passagère du volume de la tumeur.

Entrée à l'hôpital le 3 mai 1886 : à la région antérieure du cou, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur atteignant les dimensions d'une tête d'enfant, à surface lisse, fluctuante et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition. A la partie antérieure la plus proéminente de la tumeur, une petite plaie granulante provenant de la

dernière incision et d'où s'écoulent à la pression quelques gouttes d'un liquide jaunâtre et trouble.

A l'examen laryngoscopique, on constate que les cordes vocales sont toutes deux bien mobiles; cependant elles ne s'accolent pas parfaitement l'une à l'autre dans la phonation.

Le 4 mai : *énucléation*. Incision de 14 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche. Incision de la capsule glandulaire épaisse d'environ 3 millimètres; le dégagement et l'extirpation du kyste se font sans difficultés à l'aide des doigts en quelques minutes et sans hémorrhagie sérieuse. 17 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

Le kyste extirpé, à parois épaisses, renferme un liquide trouble jaunâtre.

Guérison par première intention en 10 jours.

J'ai revu l'opéré le 7 novembre 1886 : cicatrice parfaitement linéaire et souple. Lobe droit de la glande thyroïde légèrement augmenté de volume; la forme du cou n'est, du reste, pas altérée. Voix normale. Respiration libre. Aucun symptôme de cachexie.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION. — *Thérèse Denkinger*, 18 ans, Baden, remarqua pour la première fois il y a huit ans, à la partie droite du cou, une tumeur molle de la grosseur d'une noix qui, dès lors, augmenta lentement mais constamment de volume. Aucune gêne du côté de la respiration.

Entrée à l'hôpital le 6 juillet 1886 : à la région antérieure du cou, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur sphérique de la grosseur d'une pomme, peu mobile, à surface lisse, et présentant une fluctuation évidente; cette tumeur suit les mouvements du larynx dans la déglutition. Examen laryngoscopique négatif.

Le 7 juillet : *énucléation*. Incision de 10 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. Le parenchyme glandulaire normal recouvrant la tumeur sous forme d'une couche de 2 millimètres d'épaisseur est incisé sur la sonde cannelée et le kyste extrait de sa loge avec la plus grande facilité. Hémorrhagie insignifiante. 27 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

Le kyste extirpé, à parois minces, contient un liquide jaune-brun riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention en 13 jours.

Revu l'opérée le 9 novembre 1886 : cicatrice encore rouge, un peu distendue par places (jusqu'à 1/2 centimètre), pas très souple mais nulle part adhérente aux tissus sous-jacents. Le cou présente une forme excellente. Voix normale; respiration toujours facile. Aucun symptôme de cachexie.

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Marie Gautschy*, 20 ans, ouvrière de fabrique, Bâle, est affectée depuis son enfance d'un goître

qui, à partir de l'âge de 18 ans, augmenta assez rapidement de volume. Bientôt la malade fut atteinte d'une gêne toujours croissante de la respiration. Une ponction suivie d'injection iodée n'amena qu'une diminution passagère du volume de la tumeur.

Entrée à l'hôpital le 12 janvier 1887 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'une pomme, à surface lisse, bien circonscrite et présentant une fluctuation évidente. Respiration bruyante. Examen laryngoscopique négatif.

Une ponction met au jour 40 grammes d'un liquide brun-rouge, trouble.

Le 19 janvier : *énucléation*. Incision verticale médiane de 13 centimètres. La coque glandulaire très mince (environ 2 millimètres) une fois incisée, la tumeur se laisse dégager sans peine ; seule sa partie inférieure présente quelques adhérences avec l'enveloppe thyroïdienne, adhérences provenant des ponctions pratiquées antérieurement et qui nécessitent le secours des ciseaux. Pas de perte de sang notable. 17 ligatures. Désinfection au sublimé (1/3000), drainage, suture en étages au catgut. Pansement de Maas.

La tumeur énucléée est un kyste à parois épaisses, charnues, et renfermant environ 30 grammes d'un liquide rouge-brun.

Guérison par première intention en 15 jours.

b) *Goîtres parenchymateux.*

(20 cas : 3 hommes, 17 femmes.)

QUARANTIÈME OBSERVATION. — *Catherine Hädener*, 24 ans, ouvrière de fabrique, St. Gall. La tumeur s'est développée à partir de l'âge de treize ans d'une façon lente mais constante, sans jamais occasionner de gêne dans la respiration. L'emploi de différentes préparations iodées est toujours resté sans effet appréciable.

Entrée à l'hôpital le 24 juin 1876 : dans la région médiane du cou, à la hauteur du cartilage cricoïde, une tumeur de la dimension d'une grosse noix, mobile et de consistance molle. La voix n'est pas altérée ; examen laryngoscopique négatif.

Le 27 juin : *énucléation*. Incision transversale de 4 centim. de longueur. La petite tumeur est recouverte d'une mince couche de tissu glandulaire normal et, cette sorte de capsule une fois incisée, se laisse extirper avec la plus grande facilité à l'aide des doigts. Hémorrhagie tout à fait insignifiante. 2 ligatures. Désinfection au chlorure de zinc, 5 points de suture au catgut.

Pansement de Lister.

La tumeur se compose de tissu parenchymateux avec dégénérescence colloïde au début.

Guérison par première intention en 8 jours.

J'ai revu l'opérée le 5 novembre 1886 : cicatrice parfaitement linéaire, presque invisible, très souple. Pas trace de récidive ; forme du cou tout à fait normale.

QUARANTE-ET-UNIÈME OBSERVATION. — *Mme O...* (clinique privée), 32 ans, Argovie, est affectée déjà depuis son enfance d'un goître qui resta stationnaire jusqu'à l'âge de seize ans, époque coïncidant avec l'apparition de la menstruation et à partir de laquelle la tumeur augmenta lentement mais constamment de volume.

À la suite de 15 injections iodées pratiquées il y a 4-5 ans, la tumeur durcit un peu sans pour cela diminuer de volume.

La respiration est toujours demeurée libre et la voix n'a jamais été altérée.

Le 18 mars 1883, on constate à la région antéro-latérale droite du cou une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, peu mobile, à surface lisse et de consistance élastique; pas de fluctuation. Larynx assez fortement repoussé à gauche de la ligne médiane.

L'examen laryngoscopique fait voir une déviation de la glotte de gauche en avant à droite en arrière; légère parésie de la corde vocale droite.

Le 19 mars : *énucléation*. Incision de 15 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit.

La tumeur n'est recouverte que d'une assez mince capsule glandulaire que l'on incise sur la sonde cannelée; en revanche, sa face antéro-externe a, par suite des injections iodées antérieures, contracté quelques adhérences avec son enveloppe parenchymateuse; dans tout le reste de son pourtour, la tumeur se laisse dégager presque uniquement à l'aide des doigts. Pas d'hémorrhagie notable. 40 ligatures. Désinfection à l'oxyde de zinc (1 0/0), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée est un goître parenchymateux présentant sur sa coupe un certain nombre de kystes de grosseur variant entre celle d'une noisette et celle d'un œuf de pigeon et à contenu colloïde.

Guérison par première intention en 17 jours. Phonation normale.

Il ne m'a pas été possible de revoir cette patiente, qui, à ce que j'ai appris, souffre actuellement d'un cancer de l'utérus inopérable.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Marie Amweg*, 41 ans, Argovie. La tumeur qui, il y a 18 ans, fit son apparition sous forme d'un petit nodule dans la ligne médiane du cou, augmenta dès lors constamment de volume, mais tout particulièrement durant les grossesses (4). Depuis 4 mois la malade est de nouveau enceinte et la tumeur recommence à s'accroître rapidement.

Depuis quelque temps, en outre, la patiente est enrouée et se plaint d'une gêne assez considérable dans la déglutition et la respiration.

Entrée à l'hôpital le 30 avril 1883 : à la région antéro-latérale gauche du cou, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, pas très bien circonscrite, à surface bosselée, et de consistance plutôt molle; larynx et trachée suivent les mouvements que l'on imprime à la tumeur. Parésie de la corde vocale gauche.

Le 5 mai : *énucléation*. Incision de 15 centim. parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche.

L'opération dans ce cas-ci n'a pas été pratiquée d'une façon tout à fait

typique, ainsi que nous allons le voir. Ne croyant pas à la possibilité d'une énucléation et dans l'idée de faire une extirpation du lobe gauche de la glande thyroïde, la tumeur est peu à peu dégagée, d'abord par sa face externe, puis inférieure; ligature de l'artère et de la veine thyroïdiennes inférieures. Ensuite on arrive à l'isthme; celui-ci, ou du moins la partie de la glande que l'on prend pour tel, est lié en 4 portions et sectionné. Mais bientôt on s'aperçoit de l'erreur commise : en effet, ce n'est pas l'isthme que l'on vient de trancher, mais bien une expansion de tissu glandulaire partant de celui-ci et qui, s'étalant à la surface antérieure de la tumeur et allant toujours en s'amincissant, enveloppe celle-ci de toutes parts. Cette couche de tissu glandulaire normal une fois incisée, comme nous l'avons dit, on arrive sur les parois propres de la tumeur, dont la région postérieure est également recouverte et enveloppée d'une expansion analogue de tissu glandulaire partant de l'isthme et complétant la capsule parenchymateuse du goitre; celui-ci, dès lors, se laisse sans difficulté extraire de sa niche.

Il eut donc suffi, dans ce cas aussi, d'inciser à la partie antéro-externe du pourtour de la tumeur une mince couche de tissu glandulaire, pour faire une énucléation typique.

Désinfection à l'oxyde de zinc (1 0/0), drainage, suture cutanée au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur se compose de parenchyme glandulaire ayant subi la dégénérescence colloïde, et présente sur sa coupe quelques kystes de la grosseur d'un pois.

Guérison par première intention en 14 jours.

J'ai revu l'opérée le 15 novembre 1884 : cicatrice parfaitement linéaire, à peine visible, très souple. Le cou est maigre, mais absolument pas difforme. Pas de récurrence. La voix est maintenant normale et la gêne de la respiration et de la déglutition a totalement disparu depuis l'opération. Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION. — *Anna Schorer*, 42 ans, Berne. La tumeur s'est développée dans l'espace de trois ans à la suite d'une grossesse; elle n'a jamais causé de gêne respiratoire à la malade.

Entrée à l'hôpital le 31 juillet 1884 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur du poing, mobile, bien circonscrite et de consistance ferme. Examen laryngoscopique négatif.

Le 1^{er} août : *énucléation*. Incision verticale médiane de 9 centimètres.

La capsule glandulaire incisée présente une épaisseur d'environ 5 millimètres; à côté de la tumeur principale s'en trouve une seconde de la grosseur d'un œuf de poule; toutes deux sont extirpées avec facilité par la même incision du parenchyme glandulaire et sans hémorragie notable.

23 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Les deux tumeurs extirpées sont de nature adénomateuse et présen-

tent sur leur coupe quelques petits kystes renfermant un liquide brun-rouge riche en cristaux de cholestéarine.

Guérison par première intention sous un seul pansement en 14 jours.

J'ai revu l'opérée le 18 novembre 1886 : cicatrice linéaire et souple. Le lobe droit de la glande thyroïde est augmenté de volume et constitue une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, à surface lisse, de consistance ferme et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition; au dire de la patiente, cette petite tumeur reste stationnaire. Voix normale; respiration parfaitement libre.

Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Wilhelmine Gütiger*, 41 ans, Argovie, est affectée depuis 24 ans d'un goitre qui augmenta peu à peu de volume et occasionna ici et là, durant la dernière année, quelque embarras dans la respiration. Des injections d'arsenic et de teinture d'iode furent pratiquées à diverses reprises; celles-ci n'eurent d'autre résultat que la formation d'un petit abcès qui nécessita une incision et guérit alors rapidement.

Entrée à l'hôpital le 23 octobre 1884 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur grosse comme une pomme, assez mobile, de forme plus ou moins sphérique et de consistance dure; sa face antérieure présente une petite cicatrice longue de 1,5 centimètre. L'examen laryngoscopique ne dénote rien d'anormal.

Le 29 octobre : *énucléation*. Incision verticale médiane de 8 centimètres. La capsule glandulaire, épaisse de 3-4 millimètres, présente à la place où précédemment ont été faites les injections iodées et arsenicales, des adhérences solides avec les parois de la tumeur; dans le reste de son pourtour cette dernière se laisse facilement dégager. La portion adhérente de la capsule est alors excisée et extirpée avec la tumeur. Hémorrhagie minime. 18 ligatures. Désinfection au sublimé (1 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La coupe de la tumeur, essentiellement parenchymateuse, présente quelques petits kystes à contenu colloïde.

Guérison par première intention en 13 jours.

Revu l'opérée le 29 octobre 1886 : cicatrice parfaitement linéaire et souple. Lobe gauche de la glande thyroïde très légèrement augmenté de volume; le cou cependant présente une forme parfaitement normale.

La voix n'est pas altérée et les troubles respiratoires n'ont plus reparu depuis l'opération. Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Caroline Schärer*, 25 ans, cuisinière, Argovie, découvrit il y a 15 ans, à la partie antérieure du cou, une petite tumeur dure qui, dès lors, s'accrut d'une façon constante. Depuis environ 7 ans la respiration est devenue assez laborieuse, symptôme qui, à la suite d'injections iodées, ne présenta qu'une amélioration passagère.

Entrée à l'hôpital le 31 octobre 1884 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la dimension d'une pomme, peu mobile, de con-

sistance ferme; larynx et trachée suivent les mouvements imprimés à la tumeur. Voix normale; examen laryngoscopique négatif.

Le 11 novembre : *énucléation*. Incision verticale médiane de 8 centimètres. L'enveloppe glandulaire est fort mince et la tumeur, une fois mise à nu, se laisse extraire de sa loge simplement à l'aide d'une sonde cannelée et des doigts. Hémorrhagie insignifiante. 17 ligatures.

Désinfection au sublimé (10/00), drainage, suture en étages au catgut. Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée est un goitre parenchymateux à dégénérescence colloïde présentant sur sa coupe quelques kystes de petites dimensions.

Guérison par première intention en 11 jours.

Je n'ai pas pu revoir cette opérée.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION. — *L. B...* (clinique privée), 42 ans, Baden, est affectée depuis l'âge de 19 ans d'un goitre à croissance lente. Dans les derniers temps, la malade est sujette à de fréquents accès de dyspnée, survenant surtout pendant la nuit.

Entrée à l'hôpital le 7 novembre 1883 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance ferme, assez mobile et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition.

La voix n'est pas altérée et l'examen laryngoscopique ne présente rien d'anormal.

Le 10 novembre : *énucléation*. Incision de 8 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit.

La capsule glandulaire, d'une épaisseur de 4-5 millimètres, est incisée sur une longueur d'environ 7 centimètres, et la tumeur extraite de sa niche sans l'aide d'un instrument tranchant quelconque. Hémorrhagie de minime importance. 21 ligatures. Désinfection au sublimé (10/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

Il s'agit encore ici d'une tumeur adénomateuse, présentant sur sa coupe quelques petits kystes à contenu colloïde.

Guérison par première intention en 14 jours.

J'ai revu l'opérée le 30 octobre 1886 : cicatrice linéaire, à peine visible, très souple. La forme du cou est parfaite; pas trace de récidence. Voix normale. Les troubles respiratoires ont complètement disparu depuis l'opération.

Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Marie Stocker*, 18 ans, Argovie, est affectée depuis son enfance d'un goitre qui, malgré l'usage prolongé de préparations iodées, augmenta graduellement de volume. Depuis environ une année, la tumeur présente un accroissement plus rapide accompagné d'une certaine gêne de la respiration.

Entrée à l'hôpital le 2 février 1886 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, à surface lisse, et de consistance ferme-élastique. La tumeur suit les mouvements du larynx

dans la déglutition. Les deux lobes de la glande thyroïde, en outre, sont un peu tuméfiés. Examen laryngoscopique négatif.

Le 9 février : *énucléation*. Incision verticale médiane de 6 centimètres. La capsule glandulaire incisée présente une épaisseur d'environ 1/2 centimètre; la tumeur est extraite sans difficulté. L'hémorrhagie, dans ce cas-ci, est un peu plus abondante qu'à l'ordinaire, ne présente cependant absolument rien d'inquiétant. 35 ligatures.

Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée, de nature parenchymateuse, est un : *adenoma-foetale cysticum* de Wölfler.

Guérison par première intention en 13 jours.

Revu l'opérée le 25 novembre 1886 : cicatrice assez large mais très souple et nulle part adhérente aux tissus sous-jacents. Les deux lobes de la glande thyroïde sont, comme avant l'opération, légèrement augmentés de volume, ce qui, du reste, n'altère guère la forme du cou. Voix normale et respiration parfaitement libre. Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION. — *Louis Eichacker*, 25 ans, tailleur, Baden. La tumeur s'est développée lentement à partir de l'âge de 14 ans, occasionnant ici et là quelque gêne du côté de la respiration. Emploi de diverses pommades toujours inefficace.

Entrée à l'hôpital le 9 février 1886 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur grosse comme le poing, bien circonscrite et de consistance molle-élastique. Larynx et trachée suivent les mouvements imprimés à la tumeur. Voix normale; examen laryngoscopique négatif.

Le 22 février : *énucléation*. Incision verticale médiane de 9 centimètres.

Capsule glandulaire fort ténue, en sorte que l'on arrive de suite sur les parois propres de la tumeur; celle-ci présente à gauche quelques adhérences assez solides avec son enveloppe parenchymateuse; en outre, la tumeur plonge en partie derrière le sternum, ce qui en complique un peu l'extraction; malgré cela, l'opération se termine de la manière typique et sans hémorrhagie sérieuse. 35 ligatures.

Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement à l'oxyde de zinc.

La tumeur extirpée, présentant sur sa coupe un parenchyme mou, parsemé de petits kystes, est un : *adenoma-foetale cysticum* (Wölfler).

Guérison par première intention en 17 jours.

J'ai revu l'opéré le 13 novembre 1886 : cicatrice assez fortement distendue (1 cent. de large), mais souple et nulle part adhérente. Forme du cou parfaitement normale; pas trace de récurrence. Respiration toujours facile. Aucun symptôme de cachexie.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Julie Grasset*, 40 ans, ouvrière de fabrique, Genève, remarqua pour la première fois il y a envi-

ron 20 ans, à la partie antérieure du cou, une petite tumeur qui, dès lors, et tout particulièrement durant les grossesses (2), augmenta de volume. La respiration, depuis quelque temps, est un peu embarrassée.

Entrée à l'hôpital 7 juin 1886 : à la région antérieure médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, peu mobile, à surface lisse et de consistance ferme-élastique. Examen laryngoscopique négatif.

Le 9 juin : *énucléation*. Incision à peu près verticale et médiane de 8 centimètres. La tumeur, qui n'est recouverte dans les deux tiers de son pourtour que d'une capsule glandulaire excessivement mince et qui passe presque inaperçue, est extirpée sans difficultés. Hémorrhagie parenchymateuse fort abondante. 15 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée se compose en majeure partie de tissu glandulaire ayant subi la dégénérescence colloïde; elle présente en outre sur sa coupe un kyste de la grosseur d'une noix, quelques places fibreuses et une concrétion calcaire de la grosseur d'une noisette.

Guérison par première intention en 12 jours. Il m'a été impossible de revoir cette opérée.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.— *Mlle B... M...* (clinique privée), 14 ans, Bâle, présentait déjà étant enfant, à la partie droite du cou, une petite tumeur mobile; celle-ci augmenta peu à peu de volume, lentement au début, rapidement entre 9-12 ans. Depuis environ 2 ans, la malade est souvent légèrement enrôlée et ronfle la nuit.

Le 8 juin 1886, on constate à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur de 2 poings réunis, bien circonscrite, mobile et à surface lisse; la consistance varie suivant les places : certaines parties sont fermes, même dures, d'autres, en revanche, élastiques et fluctuantes. Examen laryngoscopique négatif.

Le 9 juin : *énucléation*. Incision de 15 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. Incision de la capsule glandulaire, présentant une épaisseur d'environ 8 millimètres; la tumeur se laisse dégager et extraire de sa loge en quelques minutes, sans hémorrhagie notable. 35 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages de catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée se compose en majeure partie de parenchyme glandulaire ayant subi la dégénérescence colloïde; sur sa coupe quelques petits kystes dont l'un, de la grosseur d'un œuf de pigeon, renferme un liquide brun-rouge.

Guérison par première intention en 10 jours.

Il ne m'a pas été possible de revoir cette opérée; cependant j'ai appris par son entourage immédiat, que la cicatrice était peu visible, et que le cou n'était point du tout difforme.

CINQUANTE-ET-UNIÈME OBSERVATION.— *M. W... S...* (clinique privée), 30 ans, Bâle, est affectée depuis 20 ans d'un goitre qui, malgré l'emploi

de diverses pommades, augmenta graduellement de volume sans toutefois jamais occasionner de troubles respiratoires.

Le 14 juin 1886, on constate à la région antéro-latérale droite du cou une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, plus ou moins sphérique, mobile et de consistance ferme. L'examen laryngoscopique ne présente rien de particulier.

Le 15 juin : *énucléation*. Incision de 10 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. Après avoir incisé la capsule glandulaire épaisse de 3-4 millimètres, la tumeur se laisse dégager et extraire à l'aide des doigts en quelques secondes. Hémorrhagie minime. 30 ligatures. Désinfection au sublimé (0,5 0/00), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée est un goître parenchymateux avec dégénérescence colloïde au début.

Guérison par première intention en 10 jours.

Je n'ai pas pu revoir cette opérée.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Françoise Picard*, 18 ans, Alsace, remarqua, il y a environ sept ans, à la partie droite du cou, une tumeur de la grosseur d'une noisette qui augmenta de volume lentement jusqu'à il y a six mois, époque à partir de laquelle l'accroissement devint sensiblement plus rapide.

Il y a cinq ans, des injections iodées furent pratiquées à diverses reprises; ainsi que nous venons de le voir, elles n'empêchèrent point la marche progressive de la tumeur. Lorsque la patiente marche vite ou monte des escaliers, la respiration devient difficile.

Entrée à l'hôpital le 20 juillet 1886 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur atteignant les dimensions d'une tête de nouveau-né, peu mobile et de consistance ferme-élastique; à côté, on ne sent aucune portion de glande thyroïde, ce qui semble montrer que cette dernière est toute entière comprise dans la tumeur. La voix n'est pas altérée; examen laryngoscopique négatif.

Le 23 juillet : *énucléation*. Incision de 12 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoidien droit. La tumeur est, comme d'habitude, recouverte d'une couche de tissu glandulaire; celle-ci est incisée, mais on ne parvient pas à dégager les parois propres de la tumeur, celles-ci ayant contracté avec leur enveloppe des adhérences assez étendues et intimes provenant, sans aucun doute, des injections iodées antérieures. Tenant donc l'énucléation pour impossible dans ce cas-ci, on se met en devoir de pratiquer l'extirpation du lobe droit: peut-être même, pense-t-on, sera-t-il nécessaire de faire l'extirpation totale. Mais bientôt, après avoir lié l'artère thyroïdienne supérieure droite et tandis que l'on est occupé à dégager la glande par sa face latérale droite, on arrive, ayant tranché par hasard une couche de tissu glandulaire épaisse de 2 à 3 millimètres, sur les parois propres de la tumeur, qui, dès lors, est extraite de sa loge en quelques secondes, uniquement à l'aide des doigts et sans hémorrhagie sérieuse; seule la partie antérieure de la capsule glandulaire adhérente à la tumeur est

réséquée et extirpée avec cette dernière. 40 ligatures. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée se compose uniquement de tissu glandulaire présentant un commencement de dégénérescence colloïde.

La plaie se rouvre sur une longueur de 2 centimètres à sa partie supérieure; le reste guérit par première intention. A la sortie de l'hôpital, le 19 août, la plaie est entièrement cicatrisée.

Revu l'opérée le 20 novembre 1886 : cicatrice large de 3 millimètres dans son tiers supérieur, linéaire dans le reste de son étendue. Le cou n'est absolument pas difforme. Voix normale; respiration parfaitement libre. Aucun symptôme de cachexie.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION. — *Marie Zipfel*, 43 ans, ouvrière de fabrique, Baden. La tumeur s'est développée à partir de l'âge de 16-17 ans, d'une façon lente mais constante. Emploi de diverses pommades sans résultat.

La malade, lorsqu'elle marche vite, a de la peine à respirer; il en est de même la nuit dans le décubitus dorsal; la déglutition est aussi un peu gênée; ces symptômes ne datent que d'une année environ.

Une ponction pratiquée il y a deux jours ne donne que quelques gouttes de sang.

Entrée à l'hôpital le 20 août 1886 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur grosse comme le poing, bien circonscrite, peu mobile et de consistance ferme-élastique.

Larynx déplacé de 1,5 centim. à gauche de la ligne médiane. Le reste de la glande thyroïde, non compris dans la tumeur, est aussi légèrement augmenté de volume. La voix n'est pas altérée; examen laryngoscopique négatif.

Le 21 août : *énucléation*. Incision de 12 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit.

La capsule glandulaire, épaisse de 3 millimètres, est incisée sur la sonde cannelée; en voulant prolonger un peu cette incision à son extrémité supérieure on blesse une des branches de l'artère thyroïdienne supérieure; cette branche est provisoirement saisie avec une pince hémostatique. Dès lors, la tumeur se laisse facilement dégager et extraire de sa loge en quelques minutes. Hémorrhagie parenchymateuse assez profuse. 30 ligatures. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée est un goître parenchymateux ayant subi la dégénérescence colloïde; sur sa coupe un kyste de la dimension d'une petite noix.

A part une légère thyroïdite du côté droit, accompagnée d'une température de 38° durant deux jours, les suites de l'opération furent des plus simples et la plaie se ferma par première intention en 15 jours.

J'ai revu l'opérée le 7 novembre 1886 : cicatrice parfaitement linéaire et souple. Les restes de la glande thyroïde sont, comme avant l'opération, un peu augmentés de volume et constituent une tumeur arrondie et

diffuse dans la région médiane du cou. L'opérée prétend du reste que cette grosseur diminue de jour en jour depuis sa sortie de l'hôpital. La voix n'est pas altérée; respiration parfaitement libre. Aucun symptôme de cachexie.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Edouard Brogli*, 51 ans, Argovie, est affecté depuis 3 à 4 ans d'un goitre qui, durant les derniers mois, a rapidement augmenté de volume sans jamais toutefois occasionner de troubles respiratoires.

Entrée à l'hôpital le 21 septembre 1886 : les régions antéro-latérales droite et gauche du cou sont le siège de trois tumeurs plus ou moins distinctes les unes des autres; la première à gauche, de la grosseur du poing, bien circonscrite, peu mobile, de consistance ferme-élastique; la seconde à droite, de la grosseur d'un œuf de poule, et la troisième, médiane, de la dimension d'une petite noix, présentent toutes deux les mêmes caractères que la première.

Examen laryngoscopique négatif.

Le 23 septembre : *énucléation*. 2 incisions cutanées : la première, d'une longueur de 10 centimètres, correspond au bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche; la capsule glandulaire, épaisse de 6 millimètres, est incisée sur une longueur de 8 centimètres, et la tumeur extraite de sa loge à l'aide des doigts. La seconde incision, de 7 centimètres de long, est pratiquée parallèlement au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit; incision de la capsule glandulaire épaisse de 4 millimètres; cette seconde tumeur est aussi extirpée avec facilité et en quelques secondes. Quant à la petite tumeur médiane, elle est laissée en place. Hémorrhagie parenchymateuse peu inquiétante. 40 ligatures.

Désinfection au sublimé (1/000), drainage, suture en étages au catgut. Pansement de Maas.

Les deux tumeurs extirpées, de la grosseur respective d'un œuf de poule et d'un œuf d'oie, présentent sur leur coupe un tissu glandulaire ayant subi la dégénérescence colloïde et parsemé de quelques concrétions calcaires.

Guérison par première intention en 16 jours.

J'ai revu l'opéré le 12 novembre 1886 : cicatrices rouges, linéaires et souples. Le reste du lobe gauche est encore un peu augmenté de volume; en revanche, la tumeur médiane a presque complètement disparu. En somme, le cou présente une forme normale.

Aucun symptôme de cachexie.

CINQUANTE-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Berthe Weinmann*, 19 ans, ouvrière de fabrique, Baden, remarqua il y a cinq ans pour la première fois, à la partie droite du cou, une tumeur grosse comme une fève, mobile, qui dès lors augmenta de volume, sans toutefois incommoder en aucune manière la patiente.

Entrée à l'hôpital le 25 octobre 1886 : dans le trigone inframaxillaire droit, une tumeur plus ou moins sphérique de la grosseur d'un œuf de pigeon, de consistance ferme élastique, très mobile et paraissant

n'avoir aucun rapport direct avec la glande thyroïde normale. Le diagnostic : *goitre aberrant*, fut, comme nous allons le voir, confirmé par l'opération et l'examen de la tumeur.

Le 3 novembre : *énucléation*. Incision de 5 centimètres.

Une mince couche de tissu glandulaire, richement vascularisé, qui recouvre et entoure de toutes parts la tumeur, est incisée et cette dernière extirpée sans difficultés; elle tient cependant par sa face postérieure à une sorte de pédicule de l'épaisseur d'un crayon; celui-ci est lié au catgut et sectionné. Hémorrhagie insignifiante. 7 ligatures. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur présente, examinée au microscope, la structure caractéristique de la glande thyroïde.

Guérison par première intention en 9 jours.

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION. — *Frédérique Meister*, 33 ans, ouvrière de fabrique, Bâle, remarqua dès l'âge de neuf ans, à la partie antérieure du cou, une petite tumeur qui, déjà à cette époque, provoquait un certain embarras dans la respiration. Cette tumeur présentait dès lors un accroissement lent mais constant et accompagné d'une gêne également croissante de la respiration. Depuis un an environ la patiente est incapable de vaquer à son travail, par suite d'une dyspnée notable et continuelle. L'emploi de diverses pommades est toujours resté sans effet.

Entrée à l'hôpital le 22 octobre 1886 : personne maigre et très anémique; à la région antérieure du cou, une tumeur grosse comme le poing, de forme ovoïde, peu mobile et de consistance ferme-élastique. A gauche et à droite de la tumeur on sent les lobes respectifs de la glande thyroïde, tous deux un peu augmentés de volume. La malade est fortement enrôlée; à l'examen laryngoscopique on constate une parésie de la corde vocale droite. Inspiration bruyante.

Le 23 novembre : *énucléation*. Incision verticale médiane de 10 centim. La capsule glandulaire incisée présente une épaisseur de 3-5 millim.; la tumeur se laisse dégager et extraire de sa loge sans difficultés uniquement à l'aide des doigts. En revanche, nous avons dans ce cas une hémorrhagie veineuse et parenchymateuse assez abondante, mais dont on devient cependant facilement maîtres par l'application d'un certain nombre de pinces hémostatiques.

Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur extirpée est un goitre parenchymateux avec dégénérescence colloïde au début.

Guérison par première intention en 18 jours.

Le cou présente une forme parfaitement normale. La voix est encore un peu rauque, mais incomparablement moins qu'avant l'opération; la parésie de la corde vocale droite persiste. Respiration très libre.

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Lina Halder*, 30 ans, Ar-

govie. La tumeur s'est développée à partir de l'âge de quinze ans.

La malade, qui a été trois fois enceinte, affirme que régulièrement, à l'époque des grossesses, la tumeur a augmenté de volume d'une manière sensiblement plus rapide qu'à l'ordinaire. Dans les derniers temps la respiration est devenue un peu difficile.

Entrée à l'hôpital le 20 novembre 1886 : les régions antéro-latérales droite et gauche du cou sont occupées par trois tumeurs plus ou moins distinctes les unes des autres. L'une, à peu près médiane, de la dimension d'un gros œuf de pigeon, assez mobile, à surface lisse et fluctuante. Les tumeurs droite et gauche sont toutes deux de la grosseur d'un œuf de poule, à surface un peu bosselée, assez mobiles et de consistance ferme. La voix n'est pas altérée ; examen laryngoscopique négatif.

Le 27 novembre : *énucléation* de 5 petites tumeurs au moyen de 2 incisions cutanées. La première de 7 centim. correspond au bord interne du muscle sterno-mastoidien droit. Incision de la capsule glandulaire épaisse de 3-5 millim. ; on en extrait sans difficulté deux petites tumeurs parenchymateuses.

La deuxième incision cutanée est pratiquée parallèlement au bord interne du muscle sterno-mastoidien gauche ; la capsule glandulaire incisée est épaisse d'environ 4 millimètres ; extraction de trois autres petites tumeurs distinctes. L'hémorrhagie parenchymateuse qui en résulte, quoique assez abondante au début, ne présente cependant rien de sérieux. 40 ligatures. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

Les cinq tumeurs extirpées sont : un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon contenant un liquide brun-rouge, puis quatre nodules adénomateux de grosseur variant entre celle d'un noyau de cerise et celle d'une noix.

A la sortie de l'hôpital, le 16 décembre : les deux plaies sont réunies par première intention ; à la région antéro-latérale droite du cou se trouve encore une tumeur diffuse de la grosseur d'un œuf de poule, dans laquelle on constate la présence de deux nodules distincts.

Respiration facile et voix normale.

Dans l'éventualité d'une deuxième opération, il est recommandé à la malade de se présenter de nouveau dans quelques mois.

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION. — *Catherine Keller*, 45 ans, Argovie, est affectée d'un goitre depuis son enfance.

La tumeur, malgré l'emploi de diverses pommades, augmenta constamment de volume, d'une façon particulièrement rapide à l'époque des grossesses (au nombre de 41). Depuis quelque temps la respiration est devenue fort pénible, à tel point que la personne ne peut plus exécuter les travaux du ménage.

Entrée à l'hôpital le 30 novembre 1886 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur du poing, à surface lisse, peu mobile et de consistance ferme. Le lobe gauche de la glande thyroïde est aussi augmenté de volume et constitue une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, de consistance plutôt molle.

La malade ne peut rester couchée par suite d'une forte dyspnée; respiration bruyante et haletante. La voix n'est pas altérée.

Le 4 décembre : *énucléation*. Incision de 12 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. La capsule glandulaire, d'une épaisseur de 2 millimètres à peine, est incisée sur une longueur de 8 centimètres. La tumeur est dégagée et extraite de sa loge en quelques secondes uniquement à l'aide des doigts.

L'hémorrhagie veineuse et parenchymateuse, assez abondante, est de suite arrêtée par l'application d'une douzaine de pinces hémostatiques. A la faveur de la même incision du parenchyme thyroïdien, on extirpe une seconde tumeur de la grosseur d'une noix. 30 ligatures en tout. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut. Pansement de Maas.

La tumeur principale, de la grosseur du poing, se compose uniquement de tissu parenchymateux avec dégénérescence colloïde au début; la seconde tumeur énucléée est également un noyau adénomateux solide, présentant sur sa coupe quelques petits kystes à contenu colloïde.

L'opérée est atteinte d'une violente bronchite, accompagnée d'une forte élévation de température (jusqu'à 39°6). Malgré cela, la plaie guérit par première intention en 13 jours.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Otto Haas*, 17 ans, ferblantier, Baden, est affecté depuis son enfance d'un petit goitre qui, durant les deux dernières années, occasionna fréquemment des troubles respiratoires assez prononcés; à trois reprises déjà, notre patient fut atteint d'accès de suffocation, lesquels, sans être de nature très grave, l'ont engagé à l'opération.

Entrée à l'hôpital le 13 décembre 1886 : à la région antéro-latérale droite du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, à surface lisse, de consistance assez ferme et très mobile. L'examen laryngoscopique ne présente rien d'anormal.

Le 18 décembre : *énucléation*. Incision de 7,5 centimètres parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit. La capsule glandulaire, incisée sur une longueur de 5 centimètres, présente une épaisseur de 0,5 centimètre. Le noyau strumeux est dégagé et extirpé en quelques secondes, seulement à l'aide des doigts et sans hémorrhagie notable.

35 ligatures. Désinfection au sublimé (1/5000), drainage, suture en étages au catgut.

Pansement de Maas.

La tumeur énucléée est un noyau adénomateux solide sans traces de dégénérescence kystique.

Guérison par première intention en 10 jours.

IV. RÉSUMÉ

Sur ce total de 59 opérations de goîtres, dont 5 extirpations totales du corps thyroïde, 17 extirpations partielles et 37 énucléations, pratiquées chez 13 hommes et 46 femmes de 12 à 70 ans, nous n'avons à enregistrer qu'un seul cas de mort à la suite d'une extirpation totale entreprise pour une tumeur énorme. Nous obtenons ainsi une mortalité de 1,7 0/0, chiffre qui vient confirmer ce que je prétendais en commençant relativement à l'*innocuité* de l'opération.

Quant à la *possibilité* de l'énucléation, il me semble qu'elle se trouve assez clairement démontrée par les observations qui précèdent. Le fait que sur 59 opérations, nous ne trouvons que 22 extirpations partielles ou totales en présence de 37 énucléations, démontre d'une façon évidente ce que nous avançons, c'est-à-dire que l'extirpation intraglandulaire non seulement est praticable, mais qu'elle l'est dans la majorité des cas, qu'il s'agisse d'une tumeur parenchymateuse ou d'un kyste, peu importe; peu importe aussi, comme nous l'avons vu, que nous ayons affaire à un goître médian, ou appartenant à l'un ou l'autre des lobes latéraux du corps thyroïde. En outre, en revoyant les pièces anatomiques provenant de 14 cas d'*extirpations partielles ou totales*, il nous a été possible de nous convaincre que sur ces 14 cas il y en aurait eu 9 où l'énucléation eut été possible. (Observations 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17 et 18.) Si, dans ces cas, l'énucléation n'a pas été pratiquée, c'est que la plupart de ces extirpations partielles ou totales datent d'une époque où l'énucléation ne jouait encore à la clinique chirurgicale de Bâle qu'un rôle secondaire et n'attirait pas encore toute l'attention qu'elle méritait; la considérant encore plutôt comme une exception à la règle, on en réservait l'application uniquement à certains cas qui lui paraissaient tout particulièrement appropriés, tandis que dans les autres, d'emblée, ou du moins sans chercher longtemps si l'énucléation était possible ou non, on pratiquait une extirpation partielle ou totale.

A mesure que le nouveau procédé fut mieux étudié, il devint toujours davantage le procédé d'élection. La preuve en est que, pendant les deux dernières années (novembre 1884-janvier 1887), sur 29 opérations de goîtres, il se trouve 26 cas d'énucléations et 3 cas seulement d'extirpations partielles.

Nous tenons cependant à répéter ici qu'il y a des goîtres qui, d'emblée, doivent être jugés non énucléables. Ce sont d'abord les hyperplasies diffuses de la totalité de la glande, inaccessibles à une intervention chirurgicale autre qu'une extirpation totale avec tous ses dangers; par bonheur, ces cas-là ne sont en général pas réfractaires au traitement médical ou hygiénique. Puis, en second lieu, les tumeurs malignes, enfin les goîtres à noyaux multiples très nombreux.

Une objection sérieuse que l'on peut adresser à l'énucléation, c'est que cette méthode opératoire, qui respecte toutes les parties en apparence saines de la glande, pour n'enlever que ce qui est décidément dégénéré, doit nécessairement exposer davantage aux *récidives* que les procédés opératoires plus radicaux. Nous sommes loin de vouloir résoudre cette question importante; pour cela il nous faudrait disposer de données statistiques bien plus nombreuses. Les quelques chiffres qui suivent n'ont qu'une valeur relative dans la question.

Sur 11 opérés et opérées chez lesquels ont été pratiquées des extirpations partielles et qu'il m'a été possible de revoir, 5 présentent des récidives (Observations 11, 12, 16, 19 et 21). D'autre part, sur 21 cas d'énucléations, dont un certain nombre, il est vrai, plus récentes je n'ai rencontré jusqu'ici que 3 récidives (Observations 25, 34 et 43). Il semblerait donc que l'énucléation présente, vis-à-vis des récidives, autant de garanties que l'extirpation partielle.

Passant maintenant aux *avantages* que présente notre méthode opératoire, nous signalerons en première ligne le fait que, à la suite d'une énucléation, la cachexie strumiprive ne peut se produire; nous n'avons du moins pu jusqu'à maintenant en constater les symptômes dans aucun cas.

En effet, nous n'enlevons, par ce procédé, que les parties malades et incapables de fonctionner de la glande thyroïde, tandis que le reste normal de cet organe est entièrement respecté. Si donc il est vrai qu'il suffise, pour éviter le myxœdème opératoire, de conserver à l'organisme une portion normale de la glande thyroïde, nous n'avons pas à craindre cet accident en opérant de la sorte. Si, d'autre part, la cachexie strumiprive provient d'une lésion des nerfs récurrents, ainsi qu'on l'a prétendu, nous l'évitons encore tout aussi sûrement par le fait que l'opération n'intéresse pour ainsi dire que l'intérieur même de la glande thyroïde et que ni les gros troncs vasculaires de cet organe, ni les nerfs dont nous parlons ne se trouvent menacés en aucune manière.

Pour la même raison ne verrons-nous jamais se produire

une paralysie des cordes vocales consécutive à une lésion d'un des nerfs récurrents, comme nous en avons des exemples dans les observations 9 et 13 d'extirpations partielles. Jamais non plus, soit dit en passant, nous n'avons observé de cas de *tétanie* à la suite d'une extirpation de goître quelconque.

En outre, dans l'énucléation, nous n'avons pas à craindre d'hémorrhagie provenant de vaisseaux de gros calibre; ces derniers, et spécialement les troncs principaux des artères et veines thyroïdiennes supérieures et inférieures, ainsi que nous venons de le voir, n'apparaissent jamais dans le champ d'opération, attendu qu'ils se trouvent sur le pourtour de la glande thyroïde auquel nous ne touchons pas. Nous ne rencontrons, en général, que des ramifications secondaires et peu importantes de ces vaisseaux, lesquelles, il est vrai, sont encore capables de produire une hémorrhagie assez abondante, qui cependant ne prend jamais des proportions très inquiétantes et qui se laisse maîtriser sans grandes difficultés.

A ce propos, il est un fait qui aura peut-être frappé en lisant les observations précédentes relatives à l'énucléation et qui demande une explication : pourquoi, me dira-t-on, appliquer toujours un nombre relativement aussi considérable de ligatures si l'hémorrhagie est vraiment aussi insignifiante dans certains cas? En effet, je parle à diverses reprises d'une hémorrhagie minime et nécessitant cependant 20 à 30 ligatures? La réponse à cette question, très naturelle du reste, est fort simple : ce n'est absolument pas la perte de sang en elle-même qui nous oblige à agir de la sorte, ce n'est pas par crainte de celle-ci que nous appliquons un si grand nombre de ligatures, mais bien dans le but d'éviter pour la suite toute hémorrhagie secondaire. même la plus minime, et d'assurer de la sorte, autant que possible, une réunion immédiate de la plaie. Nous pensons, en effet, qu'une des conditions essentielles pour obtenir ce résultat est d'avoir, avant de poser les sutures, une plaie aussi sèche que possible; telle est la raison unique de ces soins minutieux apportés à l'hémostase, et sans laquelle nous pourrions certainement nous passer d'un bon tiers au moins de ces ligatures.

Par rapport à la cicatrisation de la plaie, nous avons pu voir, en outre, que l'extirpation intraglandulaire ne le cède en rien aux autres méthodes, c'est à-dire qu'avec elle nous obtenons des guérisons par première intention aussi franches qu'avec ces dernières; la glande thyroïde se laisse inciser, parfois en plusieurs points, sans présenter une réaction quelconque; dans un seul cas, en effet (Observat. 53), nous avons

vu l'opération suivie d'une légère thyroïdite accompagnée d'une faible élévation de température pendant deux jours, ce qui, du reste, n'empêcha aucunement la réunion immédiate de la plaie.

Il me reste à mentionner encore, comme avantages secondaires de l'énucléation, d'abord la rapidité relative avec laquelle s'exécute l'opération et ensuite les excellents résultats qu'elle nous donne au point de vue esthétique. Ces derniers, en effet, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, sont incomparablement supérieurs à ceux obtenus par les extirpations partielles et surtout totales. La forme du cou, à la suite d'une énucléation, est en général normale, ou du moins n'est jamais fortement altérée, ce qui provient du fait que la capsule glandulaire, laissée en place, constitue une sorte de coussinet aux muscles et à la peau et empêche ainsi la production de ces enfoncements et dépressions du cou, propres aux extirpations partielles et totales. Or, si l'on réfléchit que bon nombre des opérées sont des jeunes filles qui, sans avoir été autrement incommodées par leur goître, ne demandaient précisément à en être délivrées que par raison esthétique, cet avantage-là n'est pas non plus complètement à dédaigner.

En concluant, je dirai donc :

1° *L'énucléation ou extirpation intraglandulaire du goître est praticable dans la bonne majorité des cas*, aussi bien s'il s'agit d'une tumeur parenchymateuse que s'il s'agit d'un kyste.

2° *Les garanties* qu'elle nous offre *vis-à-vis des récidives* sont aussi *sérieuses* que celles que nous présente l'extirpation partielle du corps thyroïde.

3° Sans prétendre mettre entièrement de côté les autres procédés en usage, nous recommandons l'énucléation d'une façon toute spéciale en raison des *avantages* qu'elle présente sur ceux-ci et que nous venons d'analyser brièvement.



